



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Efektywność terapii dyslalii : logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań

Author: Danuta Pluta-Wojciechowska

Citation style: Pluta-Wojciechowska Danuta. (2019). Efektywność terapii dyslalii : logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań. Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Uznanie autorstwa - Na tych samych warunkach - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu tak długo, jak tylko na utwory zależne będzie udzielana taka sama licencja.



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego

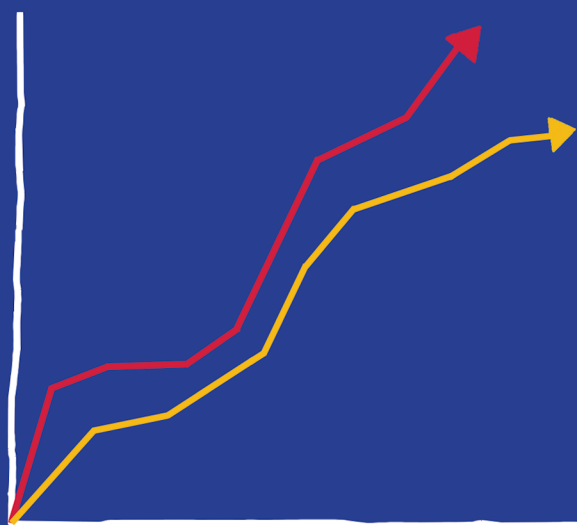


Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Danuta Pluta-Wojciechowska

Efektywność terapii dyslalii

Logopedyczno-lingwistyczna
analiza wyników badań



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu śląskiego

Z recenzji wydawniczej
prof. dr. hab. Stanisława Grabiasa:

Książka Danuty Pluty-Wojciechowskiej jest na gruncie polskiej logopedii pracą wyjątkową dlatego, że proponuje szczegółowy i oryginalny model postępowania terapeutycznego. Model ten jest zbudowany na gruntownych założeniach teoretycznych. Wynika z wiedzy teoretycznej autorki, długoletnich doświadczeń zdobytych w trakcie pełnienia zawodu logopedy i badań eksperymentalnych prowadzonych na wystarczającej grupie pacjentów. [...] Książka obfituje w niebywale szerokie konteksty teoretyczne, które zaświadczać o głębokości refleksji. W części badawczej zaś jest wzorem porządku myślowego, metodycznym układem tez i empirycznych dowodów. Zawarty w książce program jest najlepszym, jaki znam, opisem metody postępowania terapeutycznego w logopedii. Autorka określa ją terminem „strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów”.

Efektywność terapii dyslalii

**Logopedyczno-lingwistyczna
analiza wyników badań**

Prace Naukowe



Uniwersytetu Śląskiego
w Katowicach
nr 3819

Danuta Pluta-Wojciechowska

Efektywność terapii dyslalii

Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań

Redaktor serii: Językoznawstwo Polonistyczne
Mirosława Siuciak

Recenzenci
Stanisław Grabias
Mirosław Michalik

Spis treści

Wstęp	9
Rozdział 1	
Między lingwistyką a medycyną	21
Rozdział 2	
Logopedyczno-lingwistyczna analiza procedury postępowania w przypadku zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo	37
2.1. Przyjęte założenia lingwistyczne, logopedyczne, biologiczne i psychologiczne	40
2.2. Zmiana paradygmatu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego	43
2.2.1. Fundamentalne tezy i ich konsekwencje	46
2.2.2. Transformacja sposobu diagnozy	57
2.2.2.1. Przed badaniem realizacji fonemów	59
2.2.2.2. Badanie wymowy	64
2.2.2.3. Opis wyników badania wymowy	69
2.2.2.4. Logopedyczna wykładnia przyczyn zaburzeń	73
2.2.2.5. Nazwa jednostki zaburzeń mowy	75
2.2.3. Transformacja sposobu terapii	77
2.2.3.1. Cele terapii	78
2.2.3.2. Etapy terapii	79
2.2.3.3. Nieartykulacyjne ćwiczenia narządów mowy (NĆNM)	82
2.2.3.4. O metodach wywoływania głosek	90
2.2.3.5. O automatyzowaniu głosek	94
2.2.3.6. O tzw. regułach metodycznych	95
2.2.4. Podsumowanie	97
2.3. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów (SMURF).	101
2.3.1. Lingwistyczne, logopedyczne i biologiczne źródła inspiracji	103
2.3.2. Główne założenia	106
2.3.3. Między diagnozą a bezpośrednią terapią z pacjentem	112
2.3.4. Metody i strategie a cele działań	113
2.4. Terapia zaburzeń artykulacji w świetle doniesień obcojęzycznych	118

Rozdział 3

Założenia metodologiczne i metodyka badań	129
3.1. Praktyka oparta na dowodach	129
3.1.1. O konieczności weryfikacji metod terapii	131
3.1.2. Nauka a praktyczne działania logopedy	133
3.1.3. Czy stosować niezweryfikowane w badaniach metody terapii?	136
3.2. Efektywność terapii zaburzeń realizacji fonemów jako kategoria badań w logopedii	137
3.2.1. O sprawnym działaniu	137
3.2.2. Definicja efektywnej terapii i niektóre trudności jej badania	139
3.2.3. Intraindywidualna i ogólna wykładnia efektywności terapii	140
3.2.4. Kategorie badania efektywności usprawniania realizacji fonemów w przypadku zaburzeń obwodowych	142
3.3. Cele, problemy i hipotezy badawcze	143
3.4. Założenia i terminologia	150
3.5. Metody badań	154
3.6. Metody statystyczne	157
3.7. Dobór osób do badań	157
3.8. Organizacja i zasady badań	159
3.8.1. Etapy badań	159
3.8.2. Kontrakt terapeutyczny	160
3.8.3. Schemat wizyty logopedycznej	160
3.8.4. Dokumentacja	162
3.9. Ograniczenia badań	162

Rozdział 4

Wyniki badań	165
4.1. Struktura postępowania logopedycznego	166
4.2. Logopedyczna-lingwistyczna analiza wyników diagnozy	170
4.2.1. Wiek i liczba badanych osób	170
4.2.2. Osoby z zaburzeniami wielopłaszczyznowymi	171
4.2.2.1. Rodzaje zaburzeń i wiek badanych	171
4.2.2.2. Warunki anatomiczne i czynnościowe narządów mowy	173
4.2.3. Osoby z dyslalią obwodową – ujęcie ogólne	176
4.2.3.1. Struktura wiekowa badanych grup	177
4.2.3.2. Częstość występowania nienormalnie realizowanych fonemów i ich rodzaje	179
4.2.3.3. Nienormalne cechy fonetyczne przy realizacji fonemów spółgłoskowych	182
4.2.3.4. Substytucje rozwojowe czy deformacje lub ryzyko deformacji?	193
4.2.3.5. Śródwymawianiowa pozycja języka	196
4.2.3.6. Warunki anatomiczne i czynnościowe narządów mowy	197
4.2.3.7. Formy zaburzeń wymowy	204
4.2.4. Osoby z dyslalią obwodową – ujęcie indywidualne i uwzględniające średnie występujących zjawisk	205

4.3. Analiza efektywności terapii za pomocą SMURF	209
4.3.1. Motywacja do podjęcia terapii	210
4.3.2. Wcześniejsza terapia logopedyczna	211
4.3.3. Leczenie wielospecjalistyczne	213
4.3.4. Normalizacja czynności prymarnych	218
4.3.4.1. Żucie, odgryzanie i likwidowanie parafunkcji	219
4.3.4.2. Inicjacja wertykalno-horyzontalnej pozycji języka	220
4.3.4.3. Inicjacja prawidłowego modelu oddychania	222
4.3.4.4. Inicjacja połykania dojrzałego w sposób mechaniczny	224
4.3.4.5. Inicjacja samodzielnego dojrzałego połykania	225
4.3.4.6. Automatyzacja pozycji spoczynkowej języka i połykania	227
4.3.5. Okoliczności wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej	229
4.3.5.1. Tempo wywołania pierwszej głoski	230
4.3.5.2. Rodzaj głoski inicjującej naprawę zaburzonego systemu fone- tycznego	231
4.3.5.3. Warunki progowe wywoływanych głosek	236
4.3.5.4. Metoda i rama wywołanej głoski	237
4.3.5.5. Jakość wywoływanych głosek	243
4.3.6. Dynamika zmian fonetycznych	245
4.3.7. Wywoływanie głosek inicjujących II i III fazę fonetyczną	250
4.3.8. Wywoływanie głosek dentalizowanych	252
4.3.8.1. Rodzaj głoski inicjującej rodzinę głosek	252
4.3.8.2. Ścieżka przekształceń. Przykłady	257
4.3.9. Efekt domina i samoregulacja	259
4.3.9.1. Nowy potencjał anatomiczny i ruchowy a samoregulacja	261
4.3.9.2. Nowy potencjał anatomiczny, czynnościowy i fonetyczny a sa- moregulacja	263
4.3.10. Efekt terapii w ujęciu indywidualnym i uwzględniający średnie wy- stępujących zjawisk	264

Rozdział 5

Podsumowanie i dyskusja	273
5.1. Diagnoza	273
5.2. Efektywność terapii z wykorzystaniem SMURF	276
5.3. SMURF a inne metody terapii	282
5.4. Czary i sztuczki podczas wywoływania głosek?	284
5.5. Czy istnieją uniwersalne metody terapii?	285
5.6. Propozycje, wątpliwości, ograniczenia	286
5.7. O propozycjach modyfikacji SMURF	288
Zakończenie	291
Bibliografia	295
Indeks rzeczowy	309

Wykaz wykresów	321
Wykaz tabel	323
Wykaz schematów	327
Summary	329

Wstęp

Język jest dany człowiekowi¹. Stał się dla niego najprecyzyjniejszym narzędziem komunikacji, a Jan Miodek pisze wręcz o cudzie języka². Użyta metafora nie jest jednak całkowicie uprawniona, co odnajdujemy w myśli Hansa-Georga Gadamera, który stwierdza:

[...] we wszelkiej naszej wiedzy o nas samych i o świecie jesteśmy już raczej ogarnięci przez język, przez nasz własny język. [...] W rzeczywistości jesteśmy zawsze już zdomowieni w języku tak jak w świecie³.

Języka – jako narzędzia – nie można bowiem odłożyć, rozstać się z nim, aby za chwilę do niego powrócić. Jesteśmy nim przepełnieni w naszych myślach o świecie i o sobie samym, co oznacza, że językowa wykładania odnosi się do poznawania świata zewnętrznego, a także wewnętrznego człowieka, komunikacji i życia społecznego. Taka interpretacja języka i zachowań językowych – niezłomnie przez lata propagowana i precyzowana przez Stanisława Grabiasa⁴ – ugruntowała się we współczesnej logopedii, stając się metodologiczną kanwą postępowania z osobami z zaburzeniami mowy. Przyjmuję to ujęcie w niniejszej monografii.

¹ Syntetyczne rozważania na temat tej tezy przedstawia Stanisław Grabias, wykorzystując ujęcie płynące z badań neurobiologicznych (S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012, s. 22–24). Pozwala to badaczowi na interpretację zaburzeń mowy.

² J. MIODEK: *ABC polszczyzny*. Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław 2000, s. 2.

³ H.-G. GADAMER: *Człowiek i język*. W: *Antropologia słowa. Zagadnienia i wybór tekstów*. Oprac. G. GODLEWSKI, A. MENCWEL, R. SULIMA. Red. G. GODLEWSKI. Wydawnictwo UW, Warszawa 2003, s. 155.

⁴ Zob. S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*; S. GRABIAS: *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofoniologia”. T. 10/1997, s. 3–20; S. GRABIAS: *Postępowanie logopedyczne. Diagnostyka, programowanie terapii, terapia*. „Logopedia”. T. 37/2008, s. 13–27.

Sam zaś język – niezwykle medium ludzkiego bytowania z sobą, innymi ludźmi, światem różnorodnych rzeczy i zjawisk – absorbował umysły kolejnych pokoleń lingwistów i psycholingwistów, co prowadziło do jakże różnych objaśnień jego istoty. Odnajdujemy je chociażby w koncepcjach strukturalistów⁵, w gramatyce generatywnej⁶ czy w językoznawstwie kognitywnym⁷.

Człowiek jest zatem istotą „ujęzykowioną”, a sam język należy interpretować nie tylko w kontekście jego złożoności, ale także w odniesieniu do niezwykłego tworu, jakim jest ludzki mózg. Skomplikowane operacje odbywające się w tej strukturze podczas używania języka i jego rozwoju są porównywane przez kognitywistów np. do matematycznych modeli koneksjonistycznych⁸, co ma przybliżać fenomen uzusu językowego. Chociaż językowe zachowania wewnętrzne odbywają się w strukturach centralnych, nasze ciało umożliwia nam jednak przekazywanie myśli wyrażonych za pomocą sekwencji dźwięków znaczących innym użytkownikom języka. Plan fonologiczny jako efekt językowych zachowań wewnętrznych realizowany jest za pomocą niezwykłych dźwięków, w których zakłęto znaczenie. Ludzka myśl staje się ucieleśniona, co nawiązuje do tezy George’a Lakoffa⁹, ale także do słów Jana Baudouina de Courtenaya o „ujęzykowionych głowach i ujęzykowionych [...] innych częściach organizmu człowieka”¹⁰. A zatem rozwój języka i jego używanie nierozzerwalnie łączy się z ciałem człowieka, przynosząc mu „wyższe szczęście”, o którym pisał Arystoteles¹¹.

Ucieleśniona myśl może przybierać różną postać, gdy mamy na względzie jakość tworzonych głosek jako realizacji fonemów. U ludzi z niewystarczająco-

⁵ Np. F. DE SAUSSURE: *Kurs językoznawstwa ogólnego*. Tłum. K. KASPRZYK. PWN, Warszawa 1991.

⁶ Np. N.A. CHOMSKY: *Zagadnienia teorii składni*. Przeł. I. JAKUBCZAK. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1982.

⁷ Lingwistyka kognitywna nie jest jednolitym nurtem. Definicję kognitywizmu odnajdujemy np. w *Uniwersalnym słowniku języka polskiego*, w którym czytamy: *jęz.* „kierunek współczesnego językoznawstwa, nawiązujący do psychologii i antropologii, zakładający paralelizm struktury języka i obrazu świata zawartego w wypowiedziach użytkowników języka, będącego interpretacją świata pozajęzykowego a nie jego lustrzanym odbiciem, oraz nieostrość granic między gramatyką, semantyką a pragmatyką; lingwistyka kognitywna” (*Uniwersalny słownik języka polskiego*. Red. S. DUBISZ. Wersja elektroniczna. PWN, Warszawa 2004).

⁸ R. LANGACKER: *Model dynamiczny oparty na uzusie językowym*. W: *Akwizycja języka w świetle językoznawstwa kognitywnego*. Red. E. DĄBROWSKA, W. KUBIŃSKI. Universitas, Kraków 2003, s. 37–41.

⁹ G. LAKOFF: *Women, Fire and Dangerous Things: What Categories Reveal about the Mind*. University of Chicago Press, Chicago 1987, s. 14.

¹⁰ J.N. BAUDOUIN DE COURTENAY: *O języku polskim*. Wyb. i red. J. BASARA, M. SZYMCZAK. PWN. Warszawa 1984, s. 139.

¹¹ „W samej rzeczy do dwóch funkcji posługuje się natura powietrzem wdychanym tak samo, jak językiem (posługuje się nim zarówno do smakowania, jak do mówienia – pierwsze jest koniecznością, dlatego większość zwierząt je posiada; mowa artykułowana zaś ma na celu wyższe zadowolenie)” (ARYSTOTELES: *O duszy*. Przeł. P. SIWEK. PWN, Warszawa 1988, s. 98).

mi podstawami biologicznymi – odpowiadającymi za jakość substancji fonicznej – artykułowane dźwięki mowy mogą w różnorodnym stopniu odbiegać od normy lingwistycznej¹². Skutkiem takich odstępstw mogą być brak lub niepełne rozumienie mowy przez odbiorcę, co może utrudniać lub wręcz uniemożliwiać komunikację językową, a „celność słowa”, o której pisze Hans-Georg Gadamer, nie jest udziałem mówcy¹³. Można przyjąć, że celność słowa, o której pisze autor, dotyczy nie tylko jakości tworzonych wypowiedzi ze względu na użyte słowa, zwroty i konstrukcje gramatyczne, ale również wyrazistej, niezwracającej uwagi słuchacza wymowy mówcy. Komentując ten aspekt wypowiedzi, Adam Schaff stwierdza:

Przezroczystość dla znaczenia, tak charakterystyczna dla znaków słownych, występuje właśnie wtedy (oprócz wypadków jakiegoś zakłócenia normalnego procesu porozumiewania się), gdy w ogóle przestajemy percypować materialny kształt znaku, a w świadomości zachowujemy jedynie stronę znaczeniową¹⁴.

Z kolei Edward Łuczyński w tak niezwykle sposób pisze o języku: „Wszystko, co wchodzi w skład języka, ma swoje uzasadnienie. Każda **drobina językowa** gra jakąś rolę w skomplikowanym mechanizmie komunikacyjnym, jakim jest język”¹⁵.

Podjęte badania – poprzez sposób ujęcia zagadnienia – wpisują się w tezę o ucieleśnieniu języka i sentencji, że język i jego użycie nierozzerwalnie wiążą się z ciałem człowieka. Nawiązuje to do myśli Jana Baudouina de Courtenaya, który komentując przedmiot i zadania językoznawstwa, pisał:

¹² Zob. rozważania na temat normy językowej, jakie przedstawia J. PORAYSKI-POMSTA: *Zagadnienia normy rozwojowej werbalnej. Problemy periodyzacji rozwoju mowy*. W: J. PORAYSKI-POMSTA: *O rozwoju mowy dziecka dwa studia*. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2015, s. 81–176; A. LORENC: *Kryteria diagnostyczne normy wymawianiowej*. W: *Logopedia artystyczna*. Red. B. KAMIŃSKA, S. MILEWSKI. Harmonia Universalis, Gdańsk 2016, s. 168–193; B. KAMIŃSKA: *O polskiej normie ortofonicznej*. W: *Logopedia artystyczna...*, s. 98–106. B. TOCZYSKA: *Głosno i wyrażnie. 9 lekcji dobrego mówienia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.

¹³ H.-G. Gadamer pisze: „Byt języka charakteryzuje się [...] tym, że Ja nie jest jego podmiotem. Kto mówi językiem niezrozumiałym dla nikogo poza nim, nie mówi w ogóle. Mówić – to mówić do kogoś. Słowo chce być słowem celnym – to znaczy, że słowo nie tylko przedstawia mnie samemu rzecz, o której mówi, lecz stawia ją przed oczyma również temu, do kogo mówię” (H.-G. GADAMER: *Człowiek i język...*, s. 156). Komentując zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego, Barbara Ostapiuk stwierdza: „[...] odstępstwo głoski od postaci normatywnej może być znaczne: forma staje się nieprzezroczysta i nieczytelna, traci swój znaczący charakter, co uniemożliwia rozumienie, albo – przeciwnie – może być nieznaczne: forma jeszcze zachowuje znaczący charakter, ale zmniejsza jej przezroczystość, co – skupiając uwagę słuchacza – oddala główny cel porozumiewania się za pomocą języka: przekaz treści” (B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 119).

¹⁴ A. SCHAFF: *Wstęp do semantyki*. PWN, Warszawa 1960, s. 290.

¹⁵ E. ŁUCZYŃSKI: *Rozgryzając tajniki mowy. Wiedza o języku polskim dla logopedów*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2011, s. 37 (podkr. D.P.-W.).

Obiektywnie żaden język nie istnieje. Nie istnieje mowa ludzka w ogóle. Nie istnieje tak zwany język polski w szczególności. Istnieją, jako realności, jedynie indywidua, czyli osobniki ludzkie, a raczej pojedyncze głowy ludzkie oraz należące do nich **inne części organizmu, w ten lub ów sposób ujęzykowane**¹⁶.

Przyjęta w lingwistyce relacja fonem – głoska jest przedmiotem badań także w logopedii¹⁷. Głoska jako materialne ucieleśnienie fonemu w świecie zewnętrznym jest najmniejszą cząstką wypowiedzi i reprezentuje, odzwierciedla – różnie definiowany – fonem. Aby odbicie fonemu w świecie zewnętrznym było adekwatne do współtworzących fonem cech dystynktywnych, człowiek od urodzenia – a nawet wcześniej – jest przygotowywany przez naturę do danego jedynie ludziom fenomenu – odbierania i rozumienia wypowiedzi werbalnych i ucieleśnienia myśli w postaci dźwięków mowy. Z jednej strony zostaje wyposażony w biologiczne cechy swojego organizmu umożliwiające rozwój umiejętności rozpoznawania dźwięków mowy i ich tworzenie, z drugiej zaś zostaje otoczony ludźmi, którzy nie tylko pragną się nim opiekować, ale także aktywnie nauczać. „Językowe szkolenie” nie tylko odbywa się codziennie, ale dotyczy różnych aspektów używania języka – rozumienia i mówienia. Oba plany rozwijają się nieomal równocześnie.

¹⁶ J.N. BAUDOUIN DE COURTENAY: *O języku polskim...*, s. 139 (podkr. D.P.-W.).

¹⁷ Zob. opracowania lingwistów i logopedów, np.: J.T. KANIA: *Szkice logopedyczne*. WSiP, Warszawa 1982; L. KONOPSKA: *Desonoryzacja w dyslalii. Analiza artykulacyjna, akustyczna i audytywna*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2015; L. KONOPSKA: *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2006; A. LORENC: *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2016; P. ŁOBACZ: *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*. Wydawnictwo Energeia, Warszawa 1996; U. MIRECKA: *Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym. Segmentalna i suprasegmentalna specyfika ciągu fonicznego a zrozumiałość wypowiedzi w przypadkach dyzartrii w mpd*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013; I. NOWAKOWSKA-KEMPNA: *Jednostki językowe w analizie prototypowej*. Międzyuczelniane Towarzystwo Naukowe im. R. Ajdukiewicza w Dąbrowie Górniczej, Katowice 2000; B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2013; B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidełku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2013; D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*. Wydawnictwo UŚ, Katowice 1997; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2010; B. ROCLAŃSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Glottispol, Gdańsk 2001; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Logopedyczne badanie młodych adeptów sztuki aktorskiej*. W: *Logopedia artystyczna*. Red. B. KAMIŃSKA, S. MILEWSKI. Harmonia Universalis, Gdańsk 2016, s. 460–485; A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Impuls, Kraków 2008; J. SZPYRA-KOZŁOWSKA: *Wprowadzenie do współczesnej fonologii*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002; Z. STIEBER: *Historyczna i współczesna fonologia języka polskiego*. PWN, Warszawa 1966; B. WIERZCHOWSKA: *Wymowa polska*. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1965.

Przedmiotem rozważań niniejszej monografii jest skuteczność logopedycznej pomocy dzieciom, młodzieży i dorosłym, których czynniki biologiczne nie są wystarczające, aby odzwierciedlenie fonemów za pomocą dźwięków mowy było zgodne z normą ustanowioną przez językoznawców. W pracy przyjmuję system fonemowo-fonetyczny opisany przez Bronisława Ročławskiego¹⁸ wraz z komentarzami Barbary Ostapiuk¹⁹. W przypadku logopedycznych badań naukowych dotyczących realizacji fonemów jest to – jak przypuszczam – najczęściej przyjmowana podstawa teoretyczna oceny wymowy. Logopedyczna perspektywa ujęcia zagadnienia pozwala nie tylko na określenie rodzaju odstępstw od normy badanych realizacji fonemów, ale także odnalezienie – na miarę współczesnej wiedzy – przyczyn zaburzeń, jak również ustalenie skuteczności zaproponowanych działań terapeutycznych.

Ze względu na sposób terapii zaburzeń realizacji fonemów przedstawiona metoda postępowania naprawczego („Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów”, zwana w skrócie SMURF), jest moim pomysłem, chociaż – co podkreślam – nawiązuje do niektórych wcześniej opracowanych sposobów pracy w przypadku dyslalii, z niektórymi polemizuje, inne zaś wręcz wyklucza z repertuaru proponowanego katalogu metod. Taka postawa jest zgodna z tezą Alfreda Korzybskiego²⁰, którą przywołuje Stanisław Grabias, pisząc: „Nowa wiedza jest [...] wynikiem wiedzy już istniejącej: poznanie jest relacją między opisem już dokonanym, a opisem dokonywanym – ma charakter cyrkularny”²¹.

Niedosyt jednak budzi niemożliwość porównania wyników prowadzonych badań nad skutecznością terapii z wykorzystaniem opracowanej metody z efektywnością pomocy logopedycznej według innych sposobów. Przyczyną tego stanu rzeczy jest brak badań w polskiej i światowej logopedii, które dotyczyłyby skuteczności usprawniania realizacji fonemów według funkcjonujących w praktyce metod z perspektywy zaproponowanych parametrów oceny (zob. p. 3.2.4, 3.3). Nie znajdujemy w polskiej literaturze logopedyczno-lingwistycznej analiz dotyczących „kulis terapii”, ukazujących procesy i zjawiska, które występują po sporządzeniu wstępnej diagnozy, czyli podczas terapii logopedycznej. Stąd podjęty temat badań nie znajduje odzwierciedlenia we wcześniejszych publikacjach. Prowadzone studia służą zatem rozwojowi logopedycznej teorii zaburzeń realizacji fonemów w jej aspekcie diagnostycznym i prognostycznym (czyli programowaniu terapii i jej prowadzeniu) oraz pacjentom z wadami wymowy. Są także propozycją – popartą badaniami empirycznymi – wytyczającą drogę dla

¹⁸ B. ROčŁAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim...*

¹⁹ B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii...*; B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna...*; B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego...*

²⁰ A. KORZYBSKI: *Science and Sanity. An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics*. The International Non-Aristotelian Library Publishing Company, Lakeville 1958. Za: S. GRABIAS: *Język w zachowaniach społecznych*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2001, s. 46.

²¹ S. GRABIAS: *Język w zachowaniach społecznych...*, s. 46.

dalszych analiz i projektów dotyczących oceny skuteczności terapii w przypadku zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo (zob. rozdział 5). Jako naukowiec i praktyk nie mam bowiem przekonania, że przeprowadzone badania umożliwiają odpowiedź na wszystkie pytania, które łączą się z terapią zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo. Na niektóre z nich znam odpowiedź na miarę współczesnej wiedzy, a w przypadku innych potrafię sformułować szczegółowe tematy badawcze. Być może są też takie problemy naukowe, o które nie jestem w stanie jeszcze dzisiaj precyzyjnie zapytać.

Pisząc „zaburzenia realizacji fonemów warunkowanych obwodowo”, mam na myśli takie nienormatywne realizacje fonemów, których przyczyna tkwi w nieprawidłowych warunkach anatomicznych i/lub funkcjonalnych narządów mowy, co nawiązuje do jednostek nozologicznych wyróżnionych przez Halinę Mierzejewską i Danutę Emilutę-Rożyę²². Autorki wymieniają 3 formy dyslalii obwodowej²³: anatomiczną, funkcjonalną i słuchową, przy czym w niniejszej pracy będę zajmować się zaburzeniami realizacji fonemów, których przyczyny wiążą się z wadami anatomicznymi narządów mowy (ankyloglosja, wada zgryzu, zaburzenia układu adenoidalnego) i zaburzeniami czynności prymarnych, w szczególności oddychania, przyjmowania pokarmów i występowania parafunkcji²⁴. W logopedii takie zaburzenia mowy – w zależności od rodzaju przyczyn zaburzeń realizacji fonemów – nazywane są dyslalią anatomiczną, dyslalią

²² D. EMILUTA-ROŻYA: *Formy zaburzeń mowy*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012, s. 73–87. Por. H. MIERZEJEWSKA, D. EMILUTA-ROŻYA: *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 37–48.

²³ Oprócz dyslalii obwodowej autorki wyróżniają również dyslalię podkorową i dyslalię korową. Leon Kaczmarek także ujmował zaburzenia realizacji fonemów – wynikające z różnych przyczyn – jako dyslalię (L. KACZMAREK: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1988). Krytykę takiego stanowiska przedstawił S. Grabias (S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*, s. 42). W moim rozumieniu każda typologia jest ważna i wnosi do poznawanego wycinka rzeczywistości określoną perspektywę analizy. Przyjęte przez L. Kaczmarka czy H. Mierzejewską i D. Emilutę-Rożyę ujęcie koresponduje z etapami diagnozy logopedycznej – opisem objawu zaburzeń realizacji fonemów (dyslalia), a następnie poszukiwaniem ich przyczyn. Stąd w kategorii „dyslalia” znajdują się różne subkategorie wyróżnione ze względu na przyczyny zaburzeń. Taka typologia – w moim rozumieniu – porządkuje czynności badawcze i jest przydatna w praktyce, gdyż profiluje tok postępowania: opisanie objawu zaburzeń artykulacji, wyjaśnienie ich przyczyn, z założeniem, że u jednego pacjenta czynniki warunkujące występowanie zaburzeń realizacji fonemów mogą wiązać się z różnymi przyczynami: natury obwodowej, podkorowej i korowej (lub mieszanej). Ustalenie przyczyn zaburzeń realizacji fonemów nie jest zadaniem łatwym, ale dla efektywnej terapii koniecznym. Z pewnością współcześnie nie badamy wszystkich przyczyn zaburzeń wymowy i nie tylko wymowy. Zob. p. 2.2.2, 4.2.2.2, 4.2.3.6, 5.1.

²⁴ *Parafunkcja* to termin używany w ortodoncji na określenie szkodliwych dla rozwoju narządu żucia nawyków przebiegających w przestrzeni orofacjalnej, np. ssania palca (G. ŚMIECH-SŁOMKOWSKA, W. RYTŁOWA: *Wybrane zagadnienia z profilaktyki i wczesnego leczenia ortodontycznego*. Med Tour Press International Sanmedia, Warszawa 1993; *Zarys współczesnej ortodoncji*. Red. I. KARŁOWSKA. PZW, Warszawa 2008).

funkcjonalną lub dyslalią anatomiczno-funkcjonalną, chociaż niektórzy badacze w inny sposób kategoryzują wady wymowy²⁵. Podkreślimy zatem, że w monografii będą się odnosić do tego typu zaburzeń, co nie oznacza, że w innych typach dyslalii zaburzenia procesów percepcyjnych nie są główną lub jedną z głównych przyczyn dysfunkcji mowy²⁶.

Przedstawiona praca zawiera również logopedyczno-lingwistyczną analizę stanu badań i refleksji teoretyczno-praktycznej na temat zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo w polskich publikacjach logopedycznych z uwzględnieniem przeglądu publikacji obcojęzycznych. Stają się one bazą dla poznania transformacji podejścia do diagnozy i terapii w przypadku zaburzeń realizacji fonemów, jakie odbywa się w polskiej logopedii. Zastosowana metoda terapii SMURF, której efektywność jest przedmiotem referowanych w monografii badań, została szczegółowo opisana w książce pt. *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*²⁷. Z kolei metodologiczną i poznawczą kanwę dla przygotowanego sposobu terapii stanowi opracowanie pt. *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*²⁸. Przekazana do druku książka zamyka zatem trójczłonową całość układającą się w następującą sekwencję:

- 1) podstawy teoretyczne i ogólna „filozofia” dotycząca znaczenia czynności prymarnych dla artykulacji wraz z analizami o charakterze biologicznym i lingwistycznym,
- 2) podstawy diagnozy zaburzeń realizacji fonemów oraz opis SMURF w przypadku wybranych form dyslalii obwodowej, jak również związanej z SMURF

²⁵ S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*, s. 119; L. KACZMAREK: *Nasze dziecko uczy się mowy...*; I. STYCZEK: *Logopedia*. PWN, Warszawa 1981. Inne podejście do zaburzeń realizacji fonemów prezentuje Jagoda Cieszyńska, która pisze: „Termin *wada wymowy* proponuję stosować jedynie w sytuacjach, kiedy dziecko substytuuje głoski, których nie potrafi wypowiedzieć, głoskami istniejącymi poza systemem języka polskiego. Innymi słowy wada wymowy dotyczyłaby jedynie deformacji głosek. Wydaje się, z punktu widzenia diagnostycznego i metodologicznego niezwykle ważne podkreślenie, że stwierdzić wadę wymowy można tylko u dzieci bez uszkodzeń organicznych” (J. CIESZYŃSKA: *Metody wywoływania głosek*. Kraków 2012, s. 12). Zob. p. 4.2.2.2, 4.2.3.6, 5.1.

²⁶ Na temat znaczenia procesów percepcyjnych dla rozwoju mowy pisze wielu autorów, np. E. SZELĄG, A. SZYMASZEK: *Test do badania słuchu fonematycznego u dzieci i dorosłych*. GWP, Gdańsk 2006; I. STYCZEK: *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego. Komentarz i tablice*. WSiP, Warszawa 1982; I. STYCZEK: *Logopedia...*; B. ROCŁAWSKI: *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Glottispol, Gdańsk 2005; I. POLEWCZYK: *Diagnozowanie i stymulowanie rozwoju percepcji słuchowej u dzieci w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2012; Z.M. KURKOWSKI: *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013; Z.M. KURKOWSKI: *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń mowy*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 103–116.

²⁷ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2017.

²⁸ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2015.

fizjologicznej metody terapii zaburzeń oddychania i ustnej fazy połykania FTM²⁹,

3) badania empiryczne ukazujące poziom skuteczności SMURF.

Przygotowana monografia nie powstałaby bez wcześniejszych badań i analiz opisanych w przywołanych opracowaniach. Ponieważ poznawcze i metodologiczne podstawy SMURF i FTM zostały opisane w przywołanej książce, w niniejszej pracy nie zamieszczam szczegółowej prezentacji proponowanego stylu terapii, ale opisuję podstawowe zasady i metody postępowania, zachęcając do lektury wskazanego opracowania. Na stronie 15 przywołanej monografii zapewniałam, że w najbliższym czasie przedstawię badania ukazujące efektywność proponowanego stylu pracy, niniejsza publikacja wpisuje się zatem w zapowiedzianą relację z badań ukazujących efektywność SMURF³⁰.

Przeprowadzone badania empiryczne pozwalają nie tylko na określenie skuteczności podejmowanych działań zgodnie z SMURF, a także – co szczególnie interesujące dla naukowca – na zajrzenie za kulisy terapii, czyli – innymi słowy – odnalezienie chociażby części odpowiedzi na pytania, takie jak np. co dzieje się z systemem fonetycznym pacjenta po likwidacji niektórych przyczyn zaburzeń (np. po przecięciu wędzidełka języka) lub „naprawieniu” niektórych jego części; czy pod wpływem działań terapeutycznych i leczniczych następuje nie tylko zmiana realizacji fonemów jako skutku działań intencjonalnych logopedy, ale także jako efekt pewnego rodzaju mniej lub bardziej świadomej aktywności pacjenta, który spontanicznie zaczyna wykorzystywać stworzone podczas terapii i leczenia medycznego nowe możliwości i w ten sposób sam „naprawia” własny zaburzony system fonemowo-fonetyczny. To zjawisko o charakterze kaskadowym proponuję określić nazwą *efektu domina* (czy nawet śnieżnej kuli), a nieświadomą aktywność pacjenta prowadzącą do „naprawy własnego systemu fonetycznego” – *samoregulacją* (zob. p. 4.3.8).

Przeprowadzone badania, ich analiza i ocena wyników, a także zastosowane testy statystyczne pozwalają na sformułowanie istotnych wniosków dla nauki i praktyki. Niektóre z prowadzonych analiz mają charakter jakościowy. Opisane w nich zjawiska mogą stać się przedmiotem kolejnych badań, które należy zaprojektować inaczej niż referowane w niniejszej monografii. Przeprowadzone studia

²⁹ Ze względów poznawczych i związanych z ekonomiką wywodu proponuję, aby fizjologiczną metodę terapii w przypadku zaburzeń oddychania i ustnej fazy połykania – opisaną w książce *Dyslalia obwodowa. Diagnostyka i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń nazywać fizjologiczną terapią miodfunkcjonalną*, a w skrócie – FTM.

³⁰ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 15. Pierwsze wstępne wyniki badań skuteczności terapii prowadzonej za pomocą SMURF były przedmiotem mojego wystąpienia na V Międzynarodowej Konferencji Logopedycznej „Logopedia w teorii i praktyce”, która odbyła się 16–17 września 2017 roku w Chorzowie. Zob. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O popularnych, lecz dyskusyjnych ćwiczeniach języka w przypadku obwodowych zaburzeń artykulacji „Logopedia”*. T. 1/2018, s. 265–278.

ukazują, co dzieje się podczas terapii wad wymowy w przypadku dyslalii obwodowej, przez co otwierają nowy rozdział empirycznej i teoretycznej eksploracji przestrzeni związanej z zaburzeniami realizacji fonemów o etiologii anatomicznej, funkcjonalnej i anatomiczno-funkcjonalnej. Podobnych badań w polskiej logopedii nie prowadzono, dlatego trudno jest odnieść ich wyniki do innych badaczy. Nie odnalazłam w logopedii światowej podobnych rozwiązań wykorzystujących przedstawiony paradygmat badawczy (zob. p. 2.4).

Przygotowane badania i ich analiza wpisują się w popularyzowaną ostatnio w Polsce tezę – *Evidence-Based Practice* (E-BP), która przypomina o tym, że postępowanie logopedyczne – a zatem też terapia – powinno być oparte na dowodach. Na temat formuły E-BP będzie jeszcze mowa w p. 3.1.

Od ponad 30 lat prowadzę diagnozę i terapię logopedyczną dzieci, młodzieży i dorosłych. Znaczna liczba pacjentów to osoby z odmiennosťami anatomicznymi i/lub funkcjonalnymi narządów mowy – często sprzężonymi z innymi szkodliwymi czynnikami, np. zaburzenia słuchu wywołującymi różnej intensywności i jakości zaburzenia mowy, w tym wymowy. Podczas kilkudziesięciu lat pracy jako logopeda i kilkunastu także jako naukowiec miałam okazję obserwować, jak na moich oczach zmieniała się i nadal zmienia polska logopedia. Wielkim zaszczytem było dla mnie to, że mogłam również brać udział w tej transformacji poprzez swoje badania i publikacje. To dla mnie wyróżnienie jako dla naukowca i praktyka.

Od kilkudziesięciu lat w polskiej logopedii obowiązuje czy też jest preferowany trójfazowy sposób terapii zaburzeń realizacji fonemów, a także związany z nim zestaw reguł metodycznych i katalogi różnych ćwiczeń narządów mowy. Jednocześnie brak badań ukazujących skuteczność proponowanego stylu pracy w przypadku zaburzeń obwodowych. Kolejne pokolenia logopedów kształcone są zgodnie z procedurą, która zakłada 3 etapy terapii w przypadku wad wymowy, a mianowicie: przygotowanie narządów mowy do wywołania głoski, wywołanie głoski, a dalej jej automatyzacja. To ważne ustalenia badaczy, którzy tworzyli polską logopedię, korzystając z propozycji autorów zagranicznych, np. Charlesa van Riper a i Johna V. Irwina³¹. Nie można ich nie doceniać. Wydawać by się jednak mogło, że trójfazowy model terapii to kres naukowej i praktycznej refleksji.

Współczesne badania zaburzeń realizacji fonemów o etiologii obwodowej skłoniły mnie do sformułowania kilku pytań. W monografii z 2017 roku pytałam:

³¹ Ch. VAN RIPER, J.V. IRWIN: *Artikulationsstörungen. Diagnose und Behandlung*. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin – Charlottenburg 1970. Za: J.T. KANIA: *Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej. Wybrane zagadnienia teoretyczne i praktyczne*. W: *Wybrane zagadnienia z defektologii*. T. 3. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1975. Przekład w: J.T. KANIA: *Szkice logopedyczne*. PTL, Lublin 2001, s. 312–313.

Czy obowiązujący standard postępowania terapeutycznego w przypadku dyslalii, uwzględniający 3 etapy (przygotowanie do wywołania głoski, wywołanie głoski i jej automatyzacja), jest wystarczający i możliwy do utrzymania dzisiaj, w kontekście osiągnięć współczesnej logopedii, a także ortodoncji, laryngologii, neurologii czy fizjoterapii? Czy nie pojawia się nie tylko potrzeba, ale i konieczność rewizji tego sposobu pracy i wprowadzenia nowych lub dopełniających paradygmatów postępowania, które uwzględniają najnowsze osiągnięcia naukowe i praktyczne lub chociażby uzupełnienia dotychczasowych modeli pracy?³²

Doświadczenia praktyczne, badania naukowe prowadzone przeze mnie, a także przez moje doktorantki i innych badaczy, jak również ich analiza połączona ze studiami literaturowymi pozwoliła na nowe uporządkowanie ścieżki terapii w przypadku zaburzeń realizacji fonemów o etiologii obwodowej, co zaowocowało opracowaniem SMURF oraz FTM. Badania empiryczne prowadzone przeze mnie, a opisane w niniejszym opracowaniu, pozwalają na ocenę zaproponowanego stylu pracy. I chociaż wydawać by się mogło, że przedstawiona obecnie monografia zamyka obszar badań dotyczących terapii wad wymowy, to w moim rozumieniu otwiera nowe przestrzenie poszukiwań empirycznych i naukowych. W polskiej i światowej logopedii nie prowadzono bowiem badań z perspektywy uwzględnionej w niniejszej publikacji.

Monografię otwiera rozdział ukazujący, że logopedia znajduje się – mówiąc metaforycznie – pomiędzy lingwistyką a medycyną (a także pomiędzy psychologią i pedagogiką), co łączy się z refleksją dotyczącą miejsca logopedii w przestrzeni epistemologicznej i nawiązuje do słów Stanisława Grabiasa sformułowanych na jednej z konferencji naukowych. W tym rozdziale przedstawiam analizy swoistego tła poznawczego logopedii i jej miejsca wśród innych nauk. Takie rozważania wydają się ważne dla ukazania procesu krystalizowania się logopedii jako nauki. „Zajęcie” pewnego obszaru przestrzeni naukowej przez logopedię jest naturalną konsekwencją rozwoju tej dyscypliny. Moje rozważania będą podkreślać oryginalność podejścia logopedycznego na tle innych nauk w odniesieniu do postępowania w przypadku zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo, przez co wpisują się w analizy Stanisława Grabiasa, Józefa Porayskiego-Pomsty, Edwarda Łuczyńskiego i Mirosława Michalika³³.

³² D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 9.

³³ S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*; E. ŁUCZYŃSKI: *Rozgryzając tajniki mowy...*; J. PORAYSKI-POMSTA: *Logopedia w społeczeństwie komunikacyjnym. W: Język i logopedia*. Red. Z. ZARO, J. PORAYSKI-POMSTA. Wydział Polonistyki UW, Warszawa 2013, s. 141–147; J. PORAYSKI-POMSTA: *O rozwoju mowy dziecka dwa studia...*; M. MICHALIK: *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*. W: *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*. Red. S. MILEWSKI, K. KACZOROWSKA-BRAY. Harmonia Universalis, Gdańsk 2015, s. 32–46.

W II rozdziale pracy prezentuję rozważania dotyczące transformacji diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów jako procedury postępowania logopedycznego. Rozdział ten inauguruje katalog przyjętych założeń, które stają się podstawą kolejnych komentarzy. Przyjęcie pewnych fundamentalnych dla lingwistyki i logopedii pojęć porządkuje myślenie i pozwala Czytelnikowi na dostrzeżenie szerokiego kontekstu podjętego w rozprawie tematu. W kolejnych częściach rozdziału II zajmuję się znaczeniem diagnozy w jej wymiarze heurystycznym dla projektowania i prowadzenia terapii. Przyjmuję, że efektem badania objawu zaburzeń mowy i określenia ich przyczyn jest nie tylko ustalenie nazwy jednostki nozologicznej zaburzenia, ale także sporządzenie pewnego typu narracji diagnostycznej, która ukazuje mechanizm powstawania zaburzeń mowy, jednakże na miarę współczesnej wiedzy (nie wykluczam, że współczesna logopedia nie bada wszystkich przyczyn dysfunkcji mowy, co wynika z zakresu ludzkiej wiedzy w różnych dyscyplinach zajmujących się mową, np. w medycynie). Tak określony tryb postępowania pozwala na pewną rekonstrukcję procesu powstawania zaburzenia mowy. Stąd niedaleka już droga do wskazania, że terapię można ująć – przyjmując pewne uproszczenia – jako procedurę o wektorze przeciwnym niż proces destrukcyjny. Nie jest to jednak w pełni możliwe.

W tej części monografii odnoszę się także do dawniejszych i współczesnych propozycji terapii zaburzeń realizacji fonemów. Szanując dorobek przeszłych badaczy, ale też w trosce o terażniejszość i przyszłość pacjentów oraz polskiej logopedii, prowadzę analizy ukazujące zalety i niedostatki proponowanych od lat sposobów terapii, także w kontekście wyników najnowszych badań dotyczących zaburzeń realizacji fonemów.

Rozdział III prezentuje założenia metodologiczne i metodykę badań, w tym problemy, hipotezy i metody, przyjęte założenia i terminy, organizację postępowania naukowego; w tym miejscu odnoszę się także do ograniczeń prowadzonych studiów. Ocena skuteczności SMURF i związanej z nią FTM prowadzona jest według zaproponowanych przeze mnie kryteriów, które dotyczą m.in. dynamiki terapii, rodzaju wywoływanych głosek, zmian w systemie fonetycznym pacjenta pod wpływem terapii itd. W jednym z punktów tego rozdziału podejmuję analizy popularyzowanej ostatnio w Polsce tezy – znanej na Zachodzie – „praktyki opartej na dowodach” (czyli postulat E-BP). Aprobując myśl zawartą w tym zwrocie, przedstawiam jego własne rozumienie. Prowadzi to do określenia roli logopedy w relacji: badania naukowe a pacjent z zaburzeniami mowy. Uznaję, że logopeda jest niezwykle i niezastąpionym pośrednikiem czy łącznikiem pomiędzy wiedzą płynącą z badań naukowych a konkretnym pacjentem, któremu niesie pomoc. W tej części monografii przedstawiam też rozważania dotyczące znaczenia zwrotu *efektywność terapii* i jednocześnie wskazuję na trudności jej badania w przypadku zaburzeń artykulacji.

Z kolei w rozdziale IV relacjonuję wyniki badań na temat efektywności terapii za pomocą SMURF (i związanej z nią FTM), jak również przedstawiam

analizy logopedyczno-lingwistyczne dotyczące diagnozy zaburzeń realizacji fonemów badanych osób. Przyjmuję bowiem, że efektywna terapia wynika z dobrej diagnozy. W tej części monografii znajdują się także analizy lingwistyczne i logopedyczne ważnych z punktu widzenia projektowania i prowadzenia terapii aspektów podejmowanych działań, takich jak sekwencje terapii głosek i metody wywoływania dźwięków mowy. Omawiam też efekt domina i związane z nim zjawisko samoregulacji. Analizy skuteczności SMURF dotyczą ujęcia ogólnego (porównuję badane grupy osób) i indywidualnego (analizy dotyczą poszczególnych osób). W określaniu prawdziwości założonych hipotez wykorzystuję testy statystyczne, które umożliwiają ustalenie zależności relewantnych. W przypadku niektórych zjawisk zaobserwowanych podczas terapii przedstawiam analizy jakościowe.

Kolejny rozdział ma charakter syntetyczny i ukazuje najważniejsze wyniki badań, a także propozycje przyszłych i koniecznych analiz oraz działań empirycznych dotyczących nowych problemów naukowych. W tej części odnoszę się również do tzw. czarów i sztuczek podczas wywoływania głosek, problemu tzw. uniwersalności metod terapii oraz przedstawiam SMURF na tle innych sposobów interwencji terapeutycznych. Zwracam uwagę na możliwość modyfikacji proponowanego stylu pracy.

Książkę dedykuję moim pacjentom, dziękując jednocześnie za to, że mogłam im towarzyszyć w dochodzeniu do optymalnego dla nich korzystania z języka, rozumianego w tym miejscu jako system znaków i reguł gramatycznych umożliwiających tworzenie zdań gramatycznie poprawnych. Każdy człowiek ma prawo do rozwoju, który pozwoli mu na wykorzystanie jego możliwości.

Specjalne podziękowania kieruję do recenzentów niniejszej książki – Pana Profesora Stanisława Grabiasa i Pana Profesora Mirosława Michalika, którym jestem wdzięczna za życzliwe i cenne uwagi.

Między lingwistyką a medycyną

Dzieje logopedii jako nauki i działalności praktycznej pokazują, że badacze widzieli rodzącą się nową dyscyplinę w różnych obszarach. Transformacja przedmiotu logopedii i jej miejsca w kontekście innych nauk jest widoczna w szczególności wtedy, gdy porównamy definicję mowy w ujęciu Leona Kaczmarka¹ oraz Stanisława Grabiasa², a także opis przedmiotu logopedii prezentowany przez badaczy³.

Polscy naukowcy umieszczali logopedię w różnych kontekstach. Stanisław Grucza widział logopedię w językoznawstwie stosowanym⁴. Z kolei Teodozja Rittel znajdowała miejsce dla rodzącej się dyscypliny w lingwistyce edukacyjnej, wyznaczając dla niej przestrzeń dotyczącą kompetencji zaburzonej⁵. Odmienne usytuowanie logopedii odnajdujemy w innych krajach, np. w Rosji logopedia jest częścią defektologii.

Polskie środowisko logopedyczne od lat podejmuje działania na rzecz samodzielności dyscypliny, którą uprawia. Myślę, że nie minę się z prawdą, jeśli napiszę tak: logopedzi nie mają wątpliwości, iż logopedia jest nauką samodzielną, co nie oznacza usankcjonowania tej tezy prawnie. Logopedia w na-

¹ L. KACZMAREK: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1988; L. KACZMAREK: *O polskiej logopedii*. W: *Przedmiot logopedii*. Red. S. GRABIAS. Seria: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia*. T. 1. Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS, Lublin 1991, s. 5–25.

² S. GRABIAS: *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 3–20; S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012.

³ Rozważania na ten temat przedstawia S. GRABIAS: *Mowa i jej zaburzenia...*, s. 3–20; S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*

⁴ S. GRUCZA: *Lingwistyka stosowana. Historia – zadania – osiągnięcia*. Seria: *Języki, kultury, teksty, wiedza*. Red. F. GRUCZA, J. LUKSZYN. T. 1. Warszawa 2007.

⁵ T. RITTEL: *Logopedia w systemie pojęciowym lingwistyki edukacyjnej*. W: *Opuscula logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek*. Lublin 1993, s. 72–81.

szym kraju ma już określony przedmiot badań – biologiczne uwarunkowania języka i zachowań językowych⁶, a także znaczący dorobek naukowy. Oznacza to pewną dojrzałość naukową, co jest również widoczne w wielu pracach na poziomie doktoratu czy habilitacji. Od kilkunastu lat przyszli logopedzi są kształceni na studiach I i II stopnia⁷. Wynikająca stąd potrzeba usamodzielnienia się logopedii jako nauki – także w aspekcie prawnym – wydaje się całkowicie zrozumiała.

Rozważając miejsce logopedii wśród innych nauk w kontekście jej przedmiotu, można skonstatować, że znajduje się między lingwistyką a medycyną. Można wręcz wskazać – przyjmując ujęcie metaforyczne – że logopedia jest pewnym ogniwem pomiędzy lingwistyką a medycyną. Takie usytuowanie logopedii wskazuje z jednej strony na oryginalność przedmiotu jej rozważań, z drugiej zaś na pewne „wypełnienie luki w przestrzeni epistemologicznej”, gdzie pomiędzy jedną a drugą domeną odnajdujemy kolejną. Podjęte rozważania – ukazujące logopedię w kontekście i na tle innych nauk – wpisują się w kognitywną tezę Ronald W. Langackera na temat figury i tła⁸, co ułatwia dostrzeżenie pewnych podobieństw, ale i różnic, jak również mocniejszą ekspozycję oryginalnego przedmiotu logopedii. Sporządzona analiza przyczyni się też do lepszego oświetlenia zagadnień związanych z diagnozą i terapią logopedyczną, dlatego rozważania na temat postępowania w przypadku zaburzeń realizacji fonemów poprzedzone są odniesieniami do szerokiego kontekstu poznawczego.

Pełna analiza miejsca logopedii wśród innych nauk wymaga uwzględniania również pedagogiki i psychologii. Zwróćmy zatem uwagę, że związki pedagogiki i psychologii z logopedią dotyczą m.in. wspólnej sytuacji, jaką jest „niesienie pacjentowi pomocy”, a także wykorzystania podczas terapii niektórych metod i zasad sformułowanych np. przez dydaktykę, teorię wychowania czy psychologię rozwojową, psychologię kliniczną, psychologię poznawczą, psychoterapię. Z pewnością logopeda w diagnozie wykorzystuje dane na temat rozwoju psychomotorycznego pacjenta, jego stanów emocjonalnych, które mogą w różnym zakresie modyfikować funkcjonowanie społeczne i językowe. Logopeda posługuje się jednak podczas terapii metodami specyficznymi, jak programowanie języka, wywoływanie głosek, ćwiczenie języka dla potrzeb wywoływania dźwięków mowy itp.

⁶ S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*

⁷ Obok kierunku logopedia funkcjonującego na studiach I i II stopnia kwalifikacje do zawodu logopedy można w Polsce jeszcze zdobyć na studiach podyplomowych, co z jednej strony nie jest wystarczające dla nabycia ciągle zwiększającej się wiedzy na temat postępowania w przypadku zaburzeń mowy, z drugiej zaś – co się z tym wiąże – nie koresponduje ze światowymi standardami kształcenia logopedów.

⁸ R.W. LANGACKER: *Wykłady z gramatyki kognitywnej*. Przeł. H. KARDELA, P. ŁOZOWSKI. Wydawnictwo UMCS, Lublin 1995, s. 14–15.

Podając się rozważań na temat miejsca logopedii na tle innych nauk, nie sposób pominąć propozycji Mirosława Michalika⁹, który opracował oryginalną analizę relacji logopedii z innymi naukami. Lektura tego opracowania inspirowała do kolejnych komentarzy. Ukazuje też, że refleksja metodologiczna współczesnej polskiej logopedii znajduje się na wysokim poziomie epistemo-logicznym.

Poniższe analizy dotyczą specyfiki relacji: lingwistyka – logopedia – medycyna i ukazują przestrzeń zarezerwowaną dla logopedii, co wynika z przedmiotu jej badań. Komentarze można rozpocząć od porównania przedmiotu rozważań poszczególnych nauk, a dalej wskazać, jak poszczególne dyscypliny ujmują np. zaburzenia realizacji fonemów, co pozwoli wyeksponować oryginalność stanowiska logopedii. Można też wskazać na źródła, z których czerpie logopedia w konstytuowaniu się jako nauki i działalności praktycznej, także na przykładzie zaburzeń realizacji fonemów o etiologii obwodowej.

Istota przedmiotu badań. Tabela 1 przedstawia wyniki analiz dotyczących przedmiotu badań. Precyzując, czym zajmują się poszczególne dyscypliny, wykorzystałam *Uniwersalny słownik języka polskiego* pod red. Stanisława Dubisza¹⁰, a także ujęcie przedmiotu logopedii Stanisława Grabiasa¹¹. W przywołanym słowniku logopedia określana jest jako „nauka o kształtowaniu prawidłowej mowy oraz o usuwaniu jej wad i zaburzeń”, a jako holonimy przywołuje się językoznawstwo i medycynę. Takie stanowisko stoi w sprzeczności z współczesną wiedzą tworzoną przez osoby uprawiające logopedię. Tożsamą definicję logopedii znajdujemy w *Encyklopedii PWN*¹². Na temat związków logopedii z innymi naukami pisali np. Stanisław Grabias, Mirosław Michalik, Edward Łuczyński i Józef Porayski-Pomsta¹³. Definicję przedmiotu logopedii w ujęciu S. Grabiasa dopełniam, wskazując na opisane przez autora procedury postępowania.

⁹ M. MICHALIK: *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*. W: *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*. Red. S. MILEWSKI, K. KACZOROWSKA-BRAY. Harmonia Universalis, Gdańsk 2015, s. 32–46.

¹⁰ *Uniwersalny słownik języka polskiego*. Red. S. DUBISZ. Wersja elektroniczna. PWN, Warszawa 2004.

¹¹ S. GRABIAS: *Mowa i jej zaburzenia...*, s. 3–20. S. GRABIAS: *Postępowanie logopedyczne. Diagnostyka, programowanie terapii, terapia*. „Logopedia”. T. 37/2008, s. 13–27; S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*

¹² *Encyklopedia PWN*, wersja internetowa; <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/logopedia.html> [dostęp: 8.08.2018].

¹³ S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*; E. ŁUCZYŃSKI: *Rozgryzając tajniki mowy. Wiedza o języku polskim dla logopedów*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2011; M. MICHALIK: *Transdyscyplinarność logopedii...*, s. 32–46; J. PORAYSKI-POMSTA: *Logopedia w społeczeństwie komunikacyjnym...*, s. 141–147.

Tabela 1

Lingwistyka, logopedia i medycyna – przedmiot badań

Lingwistyka	Logopedia	Medycyna
nauka o języku jako narzędziu porozumiewania się ludzi, jego budowie, funkcjach i rozwoju	nauka o biologicznych warunkowaniach języka i zachowań językowych rozpoznawanych w toku diagnozy objawowo-przyczynowej wykorzystywanej do programowania i prowadzenia terapii nastawionej na likwidację zaburzeń lub obniżenie ich intensywności	nauka o zdrowiu i chorobach człowieka oraz o sposobach ich leczenia; także: sztuka leczenia chorych i zapobiegania chorobom

Źródło: Opracowanie własne.

Mirosław Michalik tak ujmuje przedmiot logopedii:

Pamiętając jednak o tym, jak logopedia dynamicznie się rozwijała na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat, redefiniując co jakiś czas przedmiot swoich badań, nie należy wykluczać, iż aktualnie obowiązująca definicja ma charakter tymczasowy. Oczywiście tymczasowość nie implikuje pojęcia prowizoryczności. Otwiera raczej możliwości interpretacyjne w kierunku otwartości i dynamizmu poznawczego, mogących przynieść nowe wytwory pracy naukowej w postaci wyznaczenia dziedziny logopedii bardziej adekwatnej do nadchodzących czasów¹⁴.

Autor tych słów prowadzi rozważania, uwzględniając szerokie spektrum problemów, które dotyczą konsilencji w logopedii (z wykorzystaniem rozumienia terminu *konsilencja*, jakie prezentuje np. Małgorzata Kita), interdyscyplinarności (wraz z zagrożeniem pojawiającym się w związku z interdyscyplinarnością rabunkową¹⁵ czy butikową komentowaną przez Leszka Koczanowicza w odniesieniu do nauk humanistycznych i społecznych, a także ryzykiem rozmywania się granic pomiędzy dyscyplinami, np. logopedią i pedagogiką), transdyscyplinarności (w ujęciu Stefana M. Kwiatkowskiego). W podsumowaniu analiz M. Michalik pisze:

¹⁴ M. MICHALIK: *Transdyscyplinarność logopedii...*, s. 33–34.

¹⁵ Przykładem może być wykorzystywanie przez niektórych logopedów metod postępowania zarezerwowanych dla innych dyscyplin, np. dla ortodontów (jak ordynowanie przez logopedę płytki przedsionkowej). Z drugiej strony w pedagogice pojawiają się głosy o tym, że terapię logopedyczną można prowadzić podczas lekcji, a zdarza się, że psycholog, badając mowę, sporządza „diagnozy logopedyczne”, mówiąc: „Taka wymowa ma charakter rozwojowy, to dziecku minie”, nie zważając na to, że nie każda tzw. dziecięca wymowa rzeczywiście mija, a ustalenie, czy tak będzie, wymaga specjalistycznej wiedzy logopedycznej (zob. p. 2.2.2, 4.2.3.4).

Przedrostek **trans-** wymusza [...] ogląd logopedii przez pryzmat zupełnie nowej jakości metodologicznej. Logopedia staje się nauką przenikniętą wiedzą już ukształtowaną, wielod dziedzinową i – w przeciwieństwie do stanowisk inter- i multidyscyplinarnych – homogeniczną, jednorodną metodologicznie¹⁶.

Na tle takich analiz zrozumiałe jest, że konstytuowaniu się logopedii jako nauki towarzyszy proces zmiany czy redefinicji przedmiotu badań – pomimo przekonania logopedów o autonomiczności tej dyscypliny – a także poszukiwania czy może lepiej: krystalizowania się własnej metodologii i metodyki badań. Metodologia i metodyka badań mają wypełnić – a w moim rozumieniu już w znacznej mierze wypełniają – miejsce w przestrzeni epistemologicznej. W takim kontekście przedstawiam dalsze rozważania, mając nadzieję, że wpiszą się one w realizację postulatów dojrzałej metodologicznie, samodzielnej nauki, jaką jest logopedia.

Badanie realizacji fonemów. Proponuję w dalszej kolejności przeprowadzić analizę porównawczą lingwistycznego, medycznego i logopedycznego podejścia do badania i opisu realizacji fonemów (więcej w p. 2.2.1, 2.2.2). Praktyczna obserwacja wyników oceny wymowy sporządzanej przez lekarzy czy niektórych lingwistów, a także prowadzone dyskusje¹⁷ pokazują, że ocena artykulacji jest inna niż w przypadku logopedów, a przynajmniej pewnej grupy logopedów¹⁸. Jak sądzę, lingwiści lub pewna grupa lingwistów wykorzystuje lub preferuje słuchową ścieżkę oceny wymowy i przyjęcie kryterium zrozumiałości mowy jako wyznacznika oceny artykulacji. Możliwość wypełniania lub niewypełniania funkcji komunikacyjnej staje się zatem istotną perspektywą wykorzystywaną do oceny wymowy.

¹⁶ M. MICHALIK: *Transdyscyplinarność logopedii...*, s. 42–43.

¹⁷ Prowadziłam dyskusję z językoznawcą zajmującym się także fonetyką na temat logopedycznych badań artykulacji. W rozmowie opisałam nienormatywne realizacje fonemu /l/, jakie wykryto w badaniu logopedycznym dzieci. Była to zębowość, dorsalność, asymetria ułożenia języka (zob. definicje terminów w p. 3.4, a także p. 2.2.2.2). Mój rozmówca wyrażał zdziwienie, że takie realizacje w logopedii uznaje się za nienormatywne, gdyż tworzony dźwięk „dobrze brzmi”; nie utrudnia komunikacji. Jeśli przyjąć taki tok rozumowania, to nasuwają się pytania: po co zatem tworzyć normy fonetyczne? oraz jakie kryteria oceny wymowy przyjąć ma logopeda podczas badania wymowy? Jeśli przyjąć kryterium zrozumiałości mowy, to ocena artykulacji przeprowadzona przez różnych logopedów nie będzie możliwa do porównania, a sam logopeda stanie się osobą „tworzącą normę zrozumiałości mowy dla danego pacjenta” – będzie ona wielce subiektywna, gdyż związana z jego doświadczeniem, wrażliwością słuchową itp. Podobne dyskusje prowadziłam z innymi lingwistami i zazwyczaj – choć nie zawsze – przebiegały podobnie. Nie wiem jednak, czy takie stanowisko jest powszechne wśród językoznawców. Prowadzona dyskusja stała się okazją do ukazania logopedycznej perspektywy oceny realizacji fonemów i jednocześnie okazją do wymiany stanowisk, co uznaję za szczególnie cenne i rozwijające.

¹⁸ Nie wszyscy logopedzi badają wymowę w sposób proponowany przez B. Ostapiuk, L. Kohnowską czy D. Plutę-Wojciechowską i korzystają głównie – jeśli nie wyłącznie – ze ścieżki słuchowej, co budzi zdumienie. Nowa wiedza rozprzestrzenia się w polskiej logopedii powoli, co ukazuje, jak trudno zmieniają się utrwalone tradycją schematy (zob. p. 2.2.2).

Podobne kryterium badania artykulacji jest uwzględniane przez lekarzy – mowa zrozumiała jest lub może być utożsamiana z mową prawidłową. Takie stanowisko potwierdzają moje liczne kontakty bezpośrednie lub pośrednie z lekarzami. Najwyraźniej widać to, gdy logopeda kieruje pacjenta z wadą wymowy spowodowaną ankyloglosją na zabieg przecięcia wędzidełka języka, a lekarz¹⁹ – po krótkiej rozmowie z pacjentem – odmawia zabiegu, mówiąc: „Nie trzeba przecinać wędzidełka języka, gdyż pacjent mówi dobrze”. Przy czym – co warto podkreślić – logopeda mowę tego samego pacjenta opisał jako wadliwą, wskazując zarówno cechy nienormatywnych realizacji fonemów, jak i ich przyczyny. Kto ma rację? Każdy z wymienionych specjalistów ma inne kompetencje do oceny wymowy. Chirurg nie dysponuje – porównywalną do logopedycznej – wiedzą fonetyczną i umiejętnościami badania wymowy (a także wiedzą na temat mechanizmów powstawania jej zaburzeń), a zatem posługuje się potoczną oceną artykulacji. Inne są kompetencje logopedy, który zna nie tylko fonetykę, lecz także metodykę badania wymowy. Co więcej, prowadząc diagnozę realizacji fonemów, korzysta z wiedzy i doświadczeń płynących z prowadzenia terapii zaburzeń wymowy. Pozwala to na dostrzeganie słuchem i wzrokiem drobnych niuansów brzmieniowych tworzonych głosek oraz obligatoryjnie związanych z nimi odmiennych ustawień narządów mowy.

Oparcie badania wymowy na zmyśle słuchu odnajdujemy np. w komentarzach Marii Hortis-Dzierzbickiej (foniatra), która wskazuje na słuchową ocenę wymowy osób z rozszczepem i pisze o tworzonej na świecie koncepcji „słuchowej oceny mowy rozszczepowej”²⁰. Taka metoda została zastosowana w logopedycznych badaniach dzieci z rozszczepem prowadzonych przez Edytę Zomkowską²¹. Nie w sposób zgodzić się z takim stanowiskiem, co wynika z osiągnięć fonetyki normatywnej, która opisuje m.in. dokładne miejsca artykulacji głosek.

¹⁹ Znam także wielu lekarzy, którzy świetnie współpracują z logopedami i uznają zalecenia logopedy co do konieczności przycinania wędzidełka języka w przypadku jego skrócenia. Aby taka współpraca była możliwa, zdarza się, że logopeda – kontaktując się bezpośrednio z chirurgiem – wyjaśnia swoją perspektywę oceny wymowy oraz rolę ankyloglosji w konstytuowaniu się zaburzeń artykulacji. Myślę, że to świetny sposób na poznawanie i precyzowanie kompetencji lekarza i logopedy, co owocuje współpracą. Zob. I. MALICKA: *O współpracy logopedy i chirurga w przypadku ankyloglosji*. W: *Nowa logopedia*. T. 2. *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*. Red. M. MICHALIK. Collegium Columbinum, Kraków 2011, s. 297–304.

²⁰ D. ZDUNKIEWICZ-JEDYNAK, M. HORTIS-DZIERZBICKA: *Lingwistyczne podstawy oceny i dokumentacji zaburzeń mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy*. W: *Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy – Afazja – Zaburzenia rozwoju mowy*. Red. H. MIERZEJEWSKA, M. PRZYBYSZ-PIWKOWA. Uniwersytet Warszawski. Pomagisterskie Studium Logopedyczne. Towarzystwo Kultury Języka, Warszawa 2000, s. 126.

²¹ E. ZOMKOWSKA: *Ocena rozwoju mowy u dzieci po wczesnej operacji jednostronnego całkowitego rozszczepu wargi i podniebienia oraz izolowanego rozszczepu podniebienia*. Praca doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. n. med. Marii Hortis-Dzierzbickiej, prof. UW-M (promotora głównego) i dr n. hum. Magdaleny Osowickiej-Kondratowicz (promotora pomocniczego). Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Wydział Nauk Medycznych. Olsztyn 2016.

Sklania to do uwzględniania tego parametru w ocenie wymowy także w odniesieniu do głosek tworzonych wewnątrz jamy ustnej. Co więcej, na światowej logopedyczno-foniatrycznej konferencji w Dublinie w 2016 roku także podkreślano konieczność oceny wzrokowej z uwzględnieniem „wnętrza jamy ustnej” dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia²².

Dlaczego logopedzi badają wymowę w specyficzny sposób? Współczesna czy też jedna ze współczesnych propozycji badania wymowy w logopedii uwzględnia ścieżkę wzrokową i słuchową (zob. p. 2.2.2.2 na temat ograniczeń możliwości różnicowania dźwięków mowy przez człowieka za pomocą słuchu), a nawet wzrokowo-słuchowo-czuciowo-eksperymentalną²³, co ma istotne znaczenie dla sformułowania diagnozy o charakterze heurystycznym, objawowo-przyczynowym. Taka diagnoza powinna być podstawą programowania i prowadzenia terapii, na początku ma ona jednak charakter wstępny, a terapię rozpoczyna się nawet w przypadku niepełnej wiedzy o przyczynach zaburzeń (zob. p. 2.2.2).

Badacze dyslalii podkreślają znaczenie oceny każdej cechy fonetycznej badanej głoski jako realizacji fonemu. Istotne jest zatem, w jaki sposób w głosce odzwierciedlone są cechy fonemowe. Logopedzi określają taki sposób badania jako metodę fonemowo-fonetyczną²⁴ lub metodę analityczno-fonetyczną²⁵. Wiąże się z tym słuchowo-wzrokowe badanie wymowy, które nie jest wolne od pewnych ograniczeń – realizacji tworzonych w postaci zwarć gardłowych i krtaniowych nie można zobaczyć, takie podejście dostarcza jednak więcej informacji o budowie artykulacyjnej badanej głoski w porównaniu z normą fonetyczną niż ocena słuchowa i wprost wynika z przedmiotu badań fonetyki, w której wyróżnia się fonetykę artykulacyjną, audytywną obok akustycznej²⁶. Dla logopedy – w kontekście diagnozy i terapii – istotna jest także wiedza na temat architektury zaburzonego systemu fonetycznego i powiązań pomiędzy głoskami (zob. p. 4.3.5.2).

²² 30th World Congress of the IALP. Dublin, 21–25.08.2016.

²³ Eksperymenty czy też pewne próby podczas badania wymowy dotyczą np. badania rezonansu, miejsca przepływu powietrza podczas artykulacji. Logopedia wykorzystuje zatem np. próby Czermaka, Gutzmana, które funkcjonują od lat w foniatrii (A. PRUSZEWICZ: *Foniatria kliniczna*. PZWL, Warszawa 1992), a w logopedii opisała je także I. STYCZEK: *Logopedia*. PWN, Warszawa 1981). Zob. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Analityczno-fonetyczna ocena realizacji fonemów w logopedii*. W: *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*. Red. M. KUROWSKA, E. WOLAŃSKA. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2015, s. 64–78; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2015, s. 171–179; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2017, s. 115–129.

²⁴ Zob. B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2013.

²⁵ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Analityczno-fonetyczna ocena realizacji fonemów w logopedii...*, s. 64–78. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 115–118.

²⁶ D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*. PWN, Warszawa 2012.

Metodyka oceny wymowy w logopedii uwzględniająca najnowsze badania (będzie o tym mowa jeszcze w p. 2.2.2.2) wyrosła – jak sądzę – z niedostatków oceny artykulacji prowadzonej przede wszystkim przez lekarzy, którzy preferują lub stosują wyłącznie ścieżkę słuchową, o czym była mowa powyżej. Co więcej, jako istotne kryterium oceny wymowy uznają zrozumiałość czy komunikatywność tworzonych wypowiedzi. Uznawana dewiza – jak przypuszczam – jest następująca: jeśli wymowa nie utrudnia zrozumienia treści wypowiedzi, to nie trzeba zajmować się wymową. Dostrzeganie jedynie brzmienia głoski, a pomijanie budowy artykulacyjnej ze względu np. na pozycję narządów mowy, sposób utworzenia kontaktu lub szczeliny artykulacyjnej, nie daje pełnej informacji o głosce, co więcej – jak wskazywał już w 1973 roku Wiktor Jassem²⁷ – ucho ludzkie nie jest w stanie dostrzegać drobnych niuansów brzmieniowych, co ma związek z możliwościami percepcji różnych głosek przez człowieka. Będzie o tym mowa w p. 2.2.2.2. Określając rolę wzroku w ustalaniu cech budowy artykulacyjnej głosek, można wręcz powiedzieć, że wzrok pozwala lepiej słyszeć.

Sięganie do źródeł. Metoda oceny wymowy w medycynie i – jak przypuszczam – także częściowo w lingwistyce może być odmienna od propagowanego współcześnie logopedycznego badania artykulacji. Należy jednak podkreślić, że to właśnie lingwiści – z uwagi na przedmiot dyscypliny – badają system fonemowo-fonetyczny danego języka, ustalają inwentarz fonemów i głosek podstawowych będących realizacjami fonemów, a także opisują normę wymawiania, co odnajdujemy w pracach np. Tytusa Benniego, Bożeny Wierchowskiej, Danuty Ostaszewskiej i Jolanty Tambor, Bronisława Ročławskiego²⁸. Najnowsze badania normy wymawianiowej w odniesieniu do spółgłoski bocznej i samogłosek nosowych zostały przeprowadzone przez Anitę Lorenc – logopedę i językoznawcę²⁹. Do ustaleń fonetyków sięga logopeda, który porównuje obserwowaną

²⁷ W. Jassem podaje, że ucho ludzkie ma ograniczone możliwości różnicowania dźwięków mowy. Zob. W. JASSEM: *Podstawy fonetyki akustycznej*. PWN, Warszawa 1973, s. 107.

²⁸ T. BENNI: *Fonetyka opisowa języka polskiego z obrazami głosek polskich podług M. Albińskiego*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1958; B. WIERCHOWSKA: *Wymowa polska*. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1965; D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*. Wydawnictwo UŚ, Katowice 1997; B. ROČŁAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Glottispol, Gdańsk 2001.

²⁹ A. LORENC: *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2016. Autorka podjęła badania zmierzające do określenia normy wymawianiowej badanych głosek z wykorzystaniem nowoczesnego instrumentarium. To niełatwe zadanie. Przeprowadzone badania mają w Polsce charakter pionierski i zasługują na baczną uwagę. Metodologia prowadzonych studiów (dobór osób do badań, sposób badania wymowy, analiza wyników badań), jaką zastosowała autorka, budzi moje wątpliwości, dlatego przyjmuję w badaniach własnych opis głosek podstawowych w ujęciu Bronisława Ročławskiego i Barbary Ostapiuk (B. ROČŁAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim...*; B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego...*; B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii...*). Zob. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Recenzja książki Anity Lorenc pt. Wy-*

i wysłuchaną realizację fonemu, jaką prezentuje pacjent, z normą opisaną przez lingwistów. Co jednak istotne, to właśnie logopeda – wzorując się na strategiach opisu normatywnych cech fonetycznych w lingwistyce – tworzy nazwy nienormatywnych cech fonetycznych, jakie wykrył podczas badania wymowy, co odnajdujemy w publikacjach np. Barbary Ostapiuk, Lilianny Konopskiej, Danuty Pluty-Wojciechowskiej, Barbary Sambor³⁰. To jednak nie wszystko, gdyż z kolei wyjaśniając przyczyny zaburzeń artykulacji, specjalista sięga do ustaleń badawczych logopedii obrazujących związki przyczynowo-skutkowe, a także do wiedzy i możliwości diagnostyczno-leczniczych, jakie stwarza medycyna, np. ortodoncja, foniatria, laryngologia, neurologia, jak również fizjoterapia, a czasem psychologia.

Integrująca wiedza na temat zaburzeń mowy i zadania logopedii. Specjalista zaburzeń mowy dysponuje wiedzą na temat mechanizmów odpowiedzialnych za tworzenie głosek – normatywnych i nienormatywnych, co wiąże się z przedmiotem logopedii. Warto podkreślić, że ma to związek nie tylko z wiedzą zdobywaną podczas studiów logopedycznych³¹, ale także z doświadczeniami płynącymi z prowadzenia terapii logopedycznej, w tym nauki głosek. Taka wiedza pozwala na lepszą diagnozę. Zbierane doświadczenia diagnostyczno-terapeutyczne pozwalają na tworzenie się w umyśle logopedy uogólnień dotyczących relacji pomiędzy cechami dźwięku i budowy artykulacyjnej głoski a warunkami realizacyjnymi i percepcyjnymi, doskonalenie i ćwiczenie własnych zmysłów (nie tylko słuchu) podczas diagnozy i terapii, co daje – wraz z wiedzą lingwistyczną, logopedyczną i medyczną – unikalny zestaw kompetencji niespotykanych u innych specjalistów. Dlatego badanie wymowy prowadzone przez logopedę jest odmienne od innych osób, gdyż odbywa się w kontekście zadań diagnostyczno-terapeutycznych związanych z przedmiotem logopedii. W komentarzu dotyczącym różnic w słuchowej ocenie nagrań mowy dzieci (prowadzonej przez logopedę i fonetyka) Ewa Krajna i Małgorzata Bryndał piszą: „Generalnie fonetyk wyróżniał mniej elementów realizacyjnych danego fonemu niż logopeda”³².

mowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2016. „Logopedia”. T. 45/2016, s. 378–386.

³⁰ B. OSTAPIUK: *Dyslalia...*; L. KONOPSKA: *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2006. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2010; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych u młodych adeptów sztuki teatralnej*. Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. prof. UŚ Danuty Pluty-Wojciechowskiej. Uniwersytet Śląski, Katowice 2017.

³¹ Kształcenie logopedów w tym zakresie nie jest w Polsce jednolite, co oznacza, że absolwenci studiów organizowanych w różnych ośrodkach nie dysponują taką samą wiedzą na temat zaburzeń realizacji fonemów.

³² E. KRAJNA, M. BRYNDAL: *100-wyrazowy test artykulacyjny. Analiza słuchowa nagrań i próba normalizacji testu*. „Audiofonologia”. T. 14/1999, s. 167 (podkr. D.P.-W.).

Można podsumować, że umiejętność powiązania cech wymowy z przyczynami ich powstawania jest wiedzą gromadzoną, rozwijaną i analizowaną w logopedii i stanowi oryginalną przestrzeń refleksji naukowej i praktycznej w tej dyscyplinie³³. Ma ona charakter integrujący, co oznacza uwzględnianie doniesień z różnych dyscyplin zajmujących się mową w normie i patologii.

Sporządzona diagnoza o charakterze objawowo-przyczynowym staje się dogodnym i – jak sądzę – w obecnej dobie optymalnym punktem wyjścia do podjęcia terapii logopedycznej³⁴, rozumianej jako likwidacja objawów zaburzeń lub zmiana ich intensywności z uwzględnieniem także niwelowania przyczyn stwierdzonych zaburzeń z zaangażowaniem – oprócz logopedycznych – także medycznych procedur.

Może jednak pojawić się następujące pytanie: czy wszyscy potencjalni pacjenci powinni mieć tak dokładnie badaną wymowę? Tak, jeśli chcemy wiedzieć, czy ich wymowa jest normatywna. Nie, jeśli dokładna wiedza o artykulacji danego pacjenta nie jest na obecnym etapie postępowania konieczna ze względu na inne zaburzenia mowy, które powodują, że celem terapii nie jest poprawność wymawianiowa, ale rozwój kompetencji językowej, komunikacyjnej i kulturowej³⁵, a usprawnianie wymowy nie jest zadaniem pierwszoplanowym. Tak może być np. w przypadku dzieci z autyzmem, alalią. Warto jednak i na te osoby spojrzeć w pewnym momencie przez pryzmat jakości wymowy i pochylić się nad – zdawałoby się – mniej ważnym aspektem wypowiedzi w obliczu zaburzeń mowy odnoszących się do wszystkich kompetencji – językowej, komunikacyjnej i kulturowej (zob. p. 4.2.2).

Interpretacja zaburzeń realizacji fonemów. Momentem zwrotnym w konstruowaniu się nowego logopedycznego paradygmatu oceny artykulacji była – jak sądzę – z jednej strony niewystarczalność – z perspektywy potrzeb związanych z terapią – słuchowej oceny wymowy oraz z drugiej strony wyłaniająca się refleksja nad tym, dlaczego pacjent nie potrafi uzyskać danej cechy fonetycznej, np. vibracji przy realizacji fonemu /r/, a także – co ma z tym związek – poszukiwanie skutecznych metod terapii. Zwróćmy uwagę, że za każdą cechą fonetyczną, taką jak dźwiękowość, vibracja, ustność, dźwięczność, zwarto-wybuchowość itp., odnajdujemy określony układ, pozycje i ruchy narządów mowy. Skoro tak, to efektywność terapii będzie związana z likwidacją przyczyn zaburzeń realizacji fonemów lub obniżeniem ich intensywności oraz z pracą nad wywoływaniem głosek oraz wprowadzaniem ich do mowy potocznej. Implikuje to konieczność

³³ Np. logopeda, wykrywając brak vibracji przy realizacji fonemu /r/ i występowanie zamiast niej realizacji gardłowej, poszukuje przyczyn takiego stanu, musi zatem znać uwarunkowania rozwoju systemu fonemowo-fonetycznego.

³⁴ Diagnoza objawowo-przyczynowa ma często charakter wstępny i dopełniana jest podczas kolejnych spotkań z pacjentem, istotne jest bowiem możliwie szybkie podjęcie terapii pomimo niepełnej diagnozy.

³⁵ Zob. definicję mowy, procedury terapii w ujęciu S. GRABIASA: *Teoria zaburzeń mowy...*

dokładnego poznania cech realizacji fonemów oraz przyczyn ewentualnych zaburzeń. W przedstawionych analizach ze względu na przedmiot monografii pomijam omówienie procesów percepcyjnych, których zaburzenia – w przypadku innych typów dyslalii niż omawiane w książce – są głównymi lub jednymi z głównych przyczyn zaburzeń (zob. *Wstęp*).

Adwersarz takiego stanowiska przytoczy argument, że od lat logopedzi poszukiwali przyczyn zaburzeń realizacji fonemów, co odnajdujemy w typologii chociażby Leona Kaczmarka³⁶. Zwróćmy jednak uwagę, że słuchowa ocena wymowy dostarcza innych, znacznie uboższych danych na temat artykulacji niż ocena słuchowo-wzrokowa. A jest to istotne, ponieważ opis objawu jest punktem wyjścia dla sformułowania pytania, dlaczego u danego pacjenta pojawiła się nienormalna cecha fonetyczna. Jeśli opis wymowy będzie niepełny lub szczątkowy, także pytanie dotyczące przyczyn zaburzeń artykulacji nie będzie dokładne, a co za tym idzie – sama terapia może nie „dotykać istoty rzeczy”. Co więcej: dla projektowania terapii istotna jest wiedza dotycząca architektury zaburzonego systemu fonetycznego, w tym związków pomiędzy głoskami, na co zwracałam uwagę w 2007 roku³⁷, a co potwierdziły badania Barbary Sambor³⁸.

Odejdzie od postulowanych w licznych opracowaniach terminów *lelanie*, *kekanie*, *geganie* czy *seplenienie*, a w zamian wprowadzenie strategii analitycznej, która uwzględnia badanie i opis każdej cechy fonetycznej, jest zasadniczą zmianą podejścia do badania wymowy. Taka ocena staje się ze względu na jej specyfikę i używane metody charakterystyczną właściwością logopedycznego badania realizacji fonemów. W taki sposób nie oceniają wymowy inni specjaliści. Podejście analityczno-fonetyczne z wykorzystaniem oceny słuchowo-wzrokowej artykulacji nie jest obecne we wszystkich badaniach logopedycznych. Nie oznacza to, że prowadzenie diagnozy w postaci ustaleń, że pacjent ma lelanie czy reranie, albo substytutuję, lub deformację, jest wystarczające (zob. p. 2.2.2).

Czy nowoczesne instrumentarium, jak np. artykulograf, zastąpi logopedę w gabinecie podczas oceny wymowy? Myślę, że nie (a przynajmniej obecnie), co wynika z metodyki badania za pomocą tego urządzenia (np. przyklejanie sensorów do języka) i co jednak zmienia warunki tworzenia głosek. Badania z wykorzystaniem nowoczesnego instrumentarium są jednak bardzo potrzebne, gdyż – w połączeniu z oceną za pomocą słuchu i wzroku – mogą dostarczyć niedostępnej obecnie wiedzy o wymowie. Badania za pomocą instrumentarium prowadzi w Polsce Anita Lorenc, co należy uznać za ważne w obliczu braku tego typu studiów.

Logopedia czerpie z fonetyki i ją wzbogaca. Wymownie na temat związków logopedii z językoznawstwem pisał Edward Łuczyński: „[...] logopedia nie tylko

³⁶ L. KACZMAREK: *Nasze dziecko uczy się mowy...*, s. 170.

³⁷ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: „Wymiary głoski” – jako istotne elementy poznania – podstawą kategoryzacji dyslalii. *Próba opisu*. „Logopedia”. T. 36/2007, s. 51–76.

³⁸ B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy?*... Zob. p. 4.3.5.2.

wykorzystuje wiedzę o języku, ale także (a może przede wszystkim) tę wiedzę współtworzy”³⁹. Logopedia korzysta z osiągnięć fonetyki, która dostarcza danych o normatywnej realizacji fonemów. Egzemplifikacją tej wiedzy jest nie tylko katalog fonemów, a także opis głosek podstawowych będących ich realizacjami. Wiedza na temat właściwości głosek normatywnych opisana za pomocą nazw cech fonetycznych – niezbędna każdemu logopedzie – staje się inspiracją do tworzenia określeń cech wadliwych, odkrytych w toku badania logopedycznego. Przykładem takiej strategii są opracowania różnych badaczy – B. Ostapiuk, L. Konopskiej, D. Pluty-Wojciechowskiej, M. Stecewicz czy B. Sambor⁴⁰. Z kolei badania A. Lorenc z użyciem urządzeń do oceny wymowy – o czym już była mowa – wpisują się w najnowszy nurt badań fonetyki artykulacyjnej na świecie.

Korzyści są jednak obopólne, gdyż badania logopedyczne pozwalają na dopełnienie wiedzy o systemie fonemowo-fonetycznym języka polskiego w lingwistyce. Dostrzegamy to w komentarzach logopedów, którzy wskazują na tzw. niepisane cechy polskiego systemu fonetycznego; cechy te (np. medialne tworzenie kontaktu narządów przy tworzeniu miejsca artykulacji) wyraziście „ukazują się” właśnie podczas badania zaburzeń wymowy⁴¹. Stosownym cytatem mogą być tutaj słowa językoznawcy Ferdynanda Antkowskiego, który pisał:

[...] kto zajmuje się bliżej zagadnieniami lingwistyki, ten winien z konieczności zapoznać się z przypadkami anormalnymi mowy ludzkiej, w których w postaci spotęgowanej znajdujemy te zjawiska, jakie w słabszym nasileniu możemy niekiedy zaobserwować w mowie osobników normalnych. Obserwacja przypadków patologicznych mowy może więc stanowić dla nas rodzaj naturalnych eksperymentów przeprowadzanych przez samą naturę⁴².

Analizę uwzględniającą zaproponowaną przez autora perspektywę zaprezentowałam w odniesieniu do dyslokacji, czyli zmian miejsca artykulacji⁴³. Ko-

³⁹ E. ŁUCZYŃSKI: *Rozgryzając tajniki mowy...*, s. 8.

⁴⁰ Np. B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii...*; L. KONOPSKA: *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej...*; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy?...*; M. STECEWICZ, L. HALCZYKOWALIK: *Postępowanie logopedyczne u osób po wycięciu nowotworu jamy ustnej*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*. Red. nauk. S. GRABIAS, J. PA-NASIUK, T. WOŹNIAK. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015, s. 687–725.

⁴¹ Np. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy fonetyki mowy rozszczepowej...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*. Wyd. 2 popr. i poszerz. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2008; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*

⁴² F. ANTKOWSKI: *Patologia mowy w przypadkach „palatoschisis”*. „Biuletyn Fonograficzny”, nr 2/1957, s. 27.

⁴³ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O niektórych podobieństwach i różnicach w logopedycznych badaniach normy i patologii*. W: *Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia*. Red. M. MŁY-

mentując „niepisane cechy polskiego systemu fonetycznego”, odnalazłam zestaw cech, które niejako „ujawniły się” podczas badań wadliwych realizacji fonemów, np. aktywność wargi górnej przy realizacji fonemów /m/, /p/, /b/ (w opisach fonetycznych wskazuje się ogólnie na kontakt dwuwargowy).

Planowanie i prowadzenie terapii. Podjęcie skutecznej terapii ma bezpośrednio związek z wyjaśnieniem – o ile to w pełni możliwe – przyczyn stwierdzonych zaburzeń. Wydawałoby się, że wystarczy tu badanie lekarskie, ustalenie relacji pomiędzy objawami nienormatywnej realizacji fonemów opisanymi w kategoriach fonetycznych a cechami warunków obwodowych narządów mowy czy struktur podkorowych lub korowych wymaga jednak specyficznej wiedzy. Ma ona charakter nie tylko lingwistyczny czy medyczny. Ustalenie związków przyczynowo-skutkowych – o takie bowiem chodzi – wymaga przede wszystkim rozumienia procesu kształtowania się fonemu i głoski w ontogenezie, znajomości mechanizmów psychologicznych i biologicznych zaangażowanych w ścieżce „od krzyku do głoski w wyrazie”. Dla przykładu – nie wystarczy znać budowę jednego z najważniejszych narządów mowy – języka, ale trzeba wiedzieć, jaką odgrywa rolę w tworzeniu głoski, w jaki sposób wraz z rozwojem dziecka zmienia się jego sprawność i jaki to ma związek z rodzajem tworzonych dźwięków (a dokładnie cech fonetycznych), jakie znaczenie dla uzyskania określonych właściwości fonetycznych (np. dźwiękowości) ma zgryz i jego fizjologiczne przemiany itd. Można konkludować, że istotnym elementem diagnozy zaburzeń artykulacji staje się powiązanie wyników badania i opisu realizacji fonemów z cechami warunków biologicznych, które są odpowiedzialne za stwierdzony nienormatywny objaw. Odkrycie takich związków wymaga wiedzy nielinearnej, ale syntezującej doniesienia płynące z różnych dyscyplin. Jest ona związana z logopedią.

Innymi słowy, logopeda wyjaśniając przyczyny zaburzeń wymowy, sięga m.in. do wiedzy medycznej, kluczowe znaczenie ma tu jednak powiązanie objawów zaburzeń z ich przyczynami. Chociaż ustalenie relacji przyczynowo-skutkowej jest domeną logopedy, nie oznacza to, że lekarze są niepotrzebni. Wręcz przeciwnie. Logopeda, poszukując przyczyn zaburzeń, przeprowadza np. orientacyjne badanie zgryzu, oddychania, a następnie – na tej podstawie – formułuje hipotezy na temat przyczyn zaburzeń wymowy, a dalej – kieruje pacjenta na badanie i leczenie np. ortodontyczne czy laryngologiczne w celu potwierdzenia – odpowiednio – występowania wady zgryzu czy braku drożności jamy nosowej czy nosowo-gardłowej. Podkreślmy, że prosi lekarza o opinię, czy i jaka wada zgryzu występuje, jaka jest możliwość przepływu powietrza przez nos, a nie oczekuje odpowiedzi na pytanie, jaka jest przyczyna wadliwej wymowy. Dzieje się tak dlatego, że powiązanie cech objawu zaburzeń mowy z cechami organi-

zmu człowieka umożliwiają mu jego kompetencje integrujące wiedzę na temat mowy i jej zaburzeń z różnych dyscyplin. Efektem działań diagnostycznych jest ustalenie nazwy jednostki nozologicznej zaburzenia, która uwzględnia zarówno objaw, jak i przyczynę zaburzeń. Niestety, nie zawsze jesteśmy w stanie – na obecnym poziomie rozwoju nauki – odnaleźć wszystkie przyczyny zaburzeń mowy.

Kolejnym etapem działań logopedy jest planowanie i prowadzenie terapii. To z jednej strony myślowe działania o charakterze prognostycznym, scalającym różne obszary wiedzy i wyniki badań nad zaburzeniami mowy w kontekście danego pacjenta, z drugiej zaś działania organizacyjne, związane z bezpośrednią pracą z pacjentem i jego opiekunami w przypadku dzieci, a także – jeśli jest taka potrzeba – z lekarzami, nauczycielami, psychologami, z którym logopeda współpracuje.

Podsumowanie. Przytoczona analiza ukazująca logopedię jako ułożoną pomiędzy lingwistyką a medycyną (oraz wybiórczo w kontekście psychologii i pedagogiki) dotyczyła zaburzeń realizacji fonemów. Sądzę jednak, że można dokonać pewnego uogólnienia.

Logopedia korzysta z dorobku lingwistyki i medycyny, jak również psychologii i pedagogiki, o czym była mowa powyżej, lecz także ubogaca te dyscypliny poprzez prowadzone przez siebie badania. Co jednak istotne – gromadzi, analizuje i integruje wiedzę na temat mowy i jej zaburzeń, tworząc własną. Biorąc pod uwagę system fonemowo-fonetyczny i jego badanie w dyskursie zaburzonym, dostarcza nowych danych empirycznych i terminologicznych związanych z rodzajem wadliwych cech fonetycznych, a także architekturą zaburzonego systemu fonetycznego. Analizy te umożliwiają nie tylko prowadzenie dalszej diagnozy logopedycznej w przypadku konkretnego pacjenta, ale również lepsze poznanie cech normatywnych głosek opisanych w normie polskiego systemu fonetycznego. Logopedia wzbogaca badania medyczne, gdyż ukazuje skutki niektórych chorób dla funkcjonowania językowego. Myślę, że niedaleka stąd droga, aby na podstawie objawu stawiać hipotezy dotyczące medycznych przyczyn symptomów zaburzeń mowy⁴⁴. Istotna jest zatem nie tylko znajomość języka (jako systemu dwuklasowego) przez logopedę, ale także to, że potrafi go badać w sposób umożliwiający opis zaburzeń i postawienie pytań o ich przyczyny, jak również programowanie terapii oraz praktyczne wprowadzanie zaplanowanych działań naprawczych służących pacjentowi z zaburzeniami mowy. W takim kontekście uwagę zwraca słowo *relacja*, które określa stosunek objawu do przyczyn zaburzeń. Jej wykrycie i zrozumienie jest istotą logopedycznej cezury, jaką odnajdujemy pomiędzy lingwistyką a medycyną, jak również pomiędzy logopedią a pedagogiką i psychologią. Wykrycie i zrozumienie tej relacji jest tajemnicą efektywnej terapii opartej na diagnozie.

⁴⁴ Zob. np. badania J. PANASIUK: *Afazja a interakcja TEKST – metaTEKST – konTEKST*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013; M. PĄCHAŁSKA: *Afazjologia*. PWN, Warszawa 2011.

Przestrzeń między lingwistyką a medycyną wypełnia logopedyczna metodologia oraz metodyka badania i opisu języka a także zachowań językowych niezgodnych z normą lingwistyczną i metrykalną wraz z ich logopedyczną interpretacją w kontekście uwarunkowań biologicznych oraz psychospołecznych. Logopedia zatem to nie suma wiedzy lingwistycznej, medycznej i psychologiczno-pedagogicznej, lecz oryginalna gałąź nauki. Tym, co wyróżnia logopedię, jest także programowanie i prowadzenie terapii budowane na bazie opisanej powyżej diagnozy o charakterze heurystycznym, często z początku o charakterze wstępnym.

Rozdział 2

Logopedyczno-lingwistyczna analiza procedury postępowania w przypadku zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo

Dźwiękowa forma tkanki językowej niesie znaczenie. To niezwykła właściwość ludzkiego umysłu, mózgu i ciała. Przynależne jedynie człowiekowi, a kształtujące się w toku rozwoju kompetencje – językowa, komunikacyjna i kulturowa – oraz sprawności w korzystaniu z kompetencji stwarzają niezwykłą drogę poznawania świata, komunikacji i udziału w życiu społecznym. Taka perspektywa wynika z definicji mowy, która niezmiennie od kilkudziesięciu lat towarzyszy logopedom (zob. *Wstęp*). Aby rozumieć mowę i mówić, człowiek musi posiadać z jednej strony wiedzę o języku, z drugiej zaś sprawności w korzystaniu z tej wiedzy.

Noworodek przychodzący na świat jest bogaty, gdyż ma nie tylko biologiczne przygotowanie do spotkania z językiem, ale także do jego przyswajania. Zdrowy noworodek jest jednak bogaty nie tylko wyposażeniem biologicznym, ale także otaczającymi go ludźmi, którzy pragną się nim opiekować i go nauczać. Językowe szkolenie odbywa się każdego dnia poprzez słuchanie, jak mówią inni, analizę i przetwarzanie bodźców werbalnych oraz własną aktywność podczas tworzenia różnych dźwięków i różnych jednostek języka. Działanie wobec języka przejawia się np. podczas słuchania i stopniowego rozumienia wypowiedzi innych, a także podczas rozwijającej się własnej aktywności związanej z tworzeniem wypowiedzi. W toku takiego działania – własnego i otoczenia – dziecko przechodzi drogę „od niejęzykowości do językowości”. Językowa metamorfoza zmienia poznanie, komunikację i sposób udziału w życiu społecznym małego człowieka. Zmienia także jego sposób konceptualizacji siebie¹.

¹ Zob. różne ujęcia problematyki rozwoju mowy i języka np. *Akwizycja języka w świetle językoznawstwa kognitywnego*. Red. E. DĄBROWSKA, W. KUBIŃSKI. Wydawnictwo Universitas, Kraków 2003; B. BOKUS, G.W. SHUGAR: *Psychologia języka dziecka – stare pytania, nowe dane*,

Aby przechodzenie „stamtąd tu”, biorąc pod uwagę system fonemowo-fonetyczny, było najefektywniejsze, dziecko musi dysponować odpowiednimi warunkami percepcyjnymi, realizacyjnymi i czynnościami umysłu, a także być otoczone mówiącymi do niego i z nim ludźmi. Punktem dojścia jest – w odniesieniu do systemu fonemowo-fonetycznego – dysponowanie nieświadomą, zinterioryzowaną wiedzą o fonemach jako podstawie tworzenia głosek oraz posiadanie sprawności, które pozwalają na ucieleśnienie fonemów w postaci dźwięków mowy – głosek. Podczas rozwoju oba plany – zdobywanie wiedzy o najmniejszych jednostkach systemu fonemowego, czyli fonemach, oraz podnoszenie sprawności realizacyjnych – wzajemnie się warunkują. Czynnikiem niezbędnym powodzenia w zdobywaniu kompetencji i sprawności jest aktywność językowa. Jeśli np. w aspekcie systemu fonemowo-fonetycznego rozwój kompetencji i/lub sprawności zostaje naruszony, człowiek może tworzyć nienormatywne realizacje fonemów i/lub w różnym zakresie nie rozumieć kierowanych do niego wypowiedzi.

Przedmiotem współczesnej logopedii są biologiczne uwarunkowania języka i zachowań językowych². Wśród tych ostatnich odnajdujemy – obok normatywnych – zachowania językowe związane z systemem fonemowo-fonetycznym odbiegające od przyjętych norm lingwistycznych i metrykalnych. Dotyczą osób

nowe hipotezy. W: *Psychologia języka dziecka*. Red. B. BOKUS, G.W. SHUGAR. GWP, Gdańsk 2007; J. CIESZYŃSKA, M. KORENDO: *Wczesna interwencja terapeutyczna*. Wydawnictwo Edukacyjne. Kraków 2007; D. KORNAS-BIELA: *Prenatalne uwarunkowania rozwoju mowy*. W: *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Red. B. ROCLAWSKI. Glottispol. Gdańsk 1998, s. 13–23; J. PORAYSKI-POMSTA: *Opis rozwoju mowy dziecka z perspektywy komunikacyjnej*. W: *Komunikacja i tekst w perspektywie rozwojowej i komunikacyjnej*. Red. J. PORAYSKI-POMSTA. Dom Wydawniczy Elipsa. Warszawa 2005, s. 13–21; J. PORAYSKI-POMSTA: *O rozwoju mowy dziecka dwa studia*. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2015, s. 81–176; P. ŁOBACZ: *Polska fonologia dziecięca*. Wydawnictwo Energia, Warszawa 1997; P. ŁOBACZ: *Prawidłowy rozwój mowy dziecka*. W: *Podstawy neurologopedii*. Red. T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, G. JASTRZĘBOWSKA. Wydawnictwo UO, Opole 2005, s. 231–268. E. ŁUCZYŃSKI: *Kategoria przypadku w ontogenezie, czyli o wchodzeniu dziecka w rzeczywistość gramatyczną*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2004; S. MILEWSKI: *Mowa dorosłych kierowana do niemowląt*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2004; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2011; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2017; M. SMOCZYŃSKA: *Metodologiczne problemy analizy błędów językowych dzieci*. W: *Wiedza a język. T. 2. Język dziecka*. Red. I. KURCZ, G.W. SHUGAR, B. BOKUS. Ossoli-num, Wrocław 1987, s. 95–116; M. SMOCZYŃSKA: *Wczesne stadia rozwoju składni. Problem wyrazów osiowych*. „Psychologia Wychowawcza”. T. 32/1975, nr 5, s. 613–627; M. SMOCZYŃSKA: *Jak badać rozwój językowy dziecka?* „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Językoznawczego”, z. 60/2004, s. 217–231; P. SMOCZYŃSKI: *Przyswajanie przez dziecko podstaw systemu językowego*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Łódź 1955.

² S. GRABIAS: *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*. „Logopedia”. T. 37/2008, s. 13–27; S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012, s. 36–39.

z zaburzeniami realizacji fonemów, które mogą być warunkowane różnymi czynnikami, a także wywoływać rozmaite objawy. Jedną z jednostek nozologicznych dotyczących wadliwej wymowy jest dyslalia obwodowa, a wśród niej formy: dyslalia anatomiczna, dyslalia funkcjonalna i dyslalia anatomiczno-funkcjonalna. Wskazując na ten typ zaburzeń przyjmuję, że dotyczy on osób, u których nie występują trudności odnoszące się do podsystemów języka innych niż system fonemowo-fonetyczny.

Niniejszy rozdział prezentuje zagadnienia dotyczące dwóch procedur stosowanych w logopedii: diagnozy i terapii. Ze względu na przedmiot opracowania poszczególne kwestie będę omawiać z perspektywy zaburzeń realizacji fonemów, a dokładnie dyslalii obwodowej, o której wspominałam powyżej. Aby ukazać szeroki kontekst procedury usprawniania realizacji fonemów, podejmuję wątek diagnozy, ponieważ terapia z niej wyrasta. Dobra diagnoza jest zatem głębią dla podejmowanych działań postdiagnostycznych.

W kolejnych punktach niniejszego rozdziału pragnę ukazać transformację procedury postępowania w przypadku dyslalii, wskazując różnice, jakie odnajdujemy w stosunkowo nowym czy – może lepiej – odmiennym od powszechnego nurcie badań związanych z diagnozą i terapią wad wymowy, a propozycjami badaczy sprzed kilkunastu lat³. Niektóre z nich są nadal propagowane w rozmaitych poradnikach i opracowaniach pomimo braku badań dotyczących efektywności terapii z zastosowaniem opisanych metod. Owocem stosunkowo nowych badań jest teoria dyslalii, którą należy rozumieć jako spójną koncepcję dotyczącą naukowych podstaw diagnozy zaburzeń realizacji fonemów, a także – jak można ostrożnie wskazać – teoretycznych podstaw terapii tych zaburzeń. Jest ona odmienna od propozycji wywodzących się od Charlesa van Riper⁴ utożsamianych z terapią tradycyjną, jak również interpretacji wad wymowy w ujęciu Józefa Tadeusza Kani (zob. p. 2.2.1).

³ W związku z tak sformułowanym celem analizy dokonałam pewnego wyboru literatury, świadomie pomijając różnorodne opracowania – poradniki metodyczne, które generalnie powielają linię nakreśloną w przeszłości i obecnych nurtach refleksji teoretycznej i praktycznej polskiej logopedii, mając na uwadze procedurę postępowania w przypadku zaburzeń realizacji fonemów.

⁴ Ch. VAN RIPER, J.V. IRWIN: *Artikulationsstörungen. Diagnose und Behandlung*. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg 1970. Za: J.T. KANIA: *Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej. Wybrane zagadnienia teoretyczna i praktyczne*. W: *Wybrane zagadnienia z defektologii*. T. 3. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1975. Przedruk w: J.T. KANIA: *Szkice logopedyczne*. PTL, Lublin 2001, s. 312–313.

2.1. Przyjęte założenia lingwistyczne, logopedyczne, biologiczne i psychologiczne

Prowadząc rozważania na temat diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów o etiologii obwodowej – anatomicznej, funkcjonalnej i anatomiczno-funkcjonalnej – przyjmuję, że:

1. Mowa to pewna całość, rodzaj układu złożonego z kompetencji i sprawności, które podczas rozwoju wzajemnie od siebie zależą, tworząc w efekcie jedynie ludziom dany system – oparty na języku – umożliwiający aktywne poznawanie świata, wyrażanie własnych intencji, życzeń, potrzeb, a także uzewnętrznianie własnych interpretacji świata zewnętrznego i wewnętrznego, jak również uczestnictwo w życiu społecznym, w którym językowa wykładnia świata jest immanentną cechą danej grupy społecznej⁵.
2. Poszczególne podsystemy języka nie rozwijają się w izolacji⁶, ale w powiązaniu ze sobą; także system fonemowy i fonetyczny rozwijają się w związku z innymi. Fonem jest pewnym wzorcem poznawczym czy wręcz rodzajem neurologicznej aktywności⁷, zestawem cech dystynktywnych, prototypem⁸ dla głosek rozpoznawanych w mowie innych (co wiąże się z rozumieniem mowy⁹), a także podstawą dla ich tworzenia jako realizacji fonemów; głoska jest zatem realizacją fonemu¹⁰.

⁵ Por. S. GRABIAS: *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 3–20; S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*

⁶ M. ZARĘBINA: *Język polski w rozwoju jednostki*. Glottispol, Gdańsk 1994; P. ŁOBACZ: *Polska fonologia dziecięca...*; P. ŁOBACZ: *Prawidłowy rozwój mowy dziecka...*, s. 231–268; *Akwizycja języka w świetle językoznawstwa kognitywnego...*, s. 144–222; E. ŁUCZYŃSKI: *Kategoria przypadku w ontogenezie...*; J. PORAYSKI-POMSTA: *O rozwoju mowy dziecka dwa studia...*, s. 81–176.

⁷ R. LANGACKER: *Foundations of Cognitive Grammar*. T. 1. Stanford University Press, Stanford 1987, s. 100.

⁸ I. NOWAKOWSKA-KEMPNA: *Jednostki językowe w analizie prototypowej*. Międzyuczelniane Towarzystwo Naukowe im. R. Ajdukiewicza w Dąbrowie Górniczej, Katowice 2000, s. 75.

⁹ Problematyki rozumienia mowy nie można jednak sprowadzać do omawiania jedynie znaczenia słuchu fonemowego. Zob. E. SZELĄG, A. SZYMASZEK: *Test do badania słuchu fonemacyjnego u dzieci i dorosłych*. GWP, Gdańsk 2006; P.K. KUHL: *Język, umysł i mózg: doświadczenie zmienia percepcję*. W: *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy*. Red. B. BOKUS, G.W. SHUGAR. GWP, Gdańsk 2007, s. 34–62; Z.M. KURKOWSKI: *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013; M. PĄCHAŁSKA: *Afazjologia*. PWN, Warszawa 2011; I. POLEWCZYK: *Diagnozowanie i stymulowanie rozwoju percepcji słuchowej u dzieci w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2012; E. CZAPLEWSKA: *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze specyficznym zaburzeniem rozwoju językowego (SLI)*. Harmonia Universalis, Gdańsk 2012; J. PANASIUK: *Afazja a interakcja TEKST – metaTEKST – konTEKST*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013.

¹⁰ Definicje fonemu i głoski są różne. Obszerny przegląd badań na temat różnego ujęcia fonemu przedstawiłam w innych publikacjach: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy pa-*

3. Mowa nie pojawia się w życiu człowieka znikąd, ale jest konsekwencją wcześniejszych etapów; fonemy i głoski pojawiają się podczas rozwoju jako efekt progresji procesów percepcyjnych, realizacyjnych, czynności umysłu oraz aktywnego obcowania z językiem, przez co rozumiem słuchanie mowy innych, analizowanie, przetwarzanie doświadczeń językowych i ich przechowywanie, jak również powtarzanie i tworzenie własnych – w różnym stopniu skomplikowanych – wypowiedzi.
4. Procesy realizacyjne – odpowiedzialne za ruchowy aspekt wypowiedzi – obejmują budowę anatomiczną narządów mowy, ich motorykę, a także czynności prymarne. Należą do nich w różnym zakresie powiązane ze sobą czynności niewerbalne, takie jak odruchowe reakcje oralne, oddychanie fizjologiczne oraz oddychanie podczas zwiększonego wysiłku, sensoryka orofacjalna, utrzymywanie głowy podczas leżenia, karmienia, oddychania, mimika twarzy, odruchowe reakcje typu ziewanie, kaszel, chrapanie, a także niekorzystne dla rozwoju przestrzeni orofacjalnej oraz wymowy nawyki – parafunkcje (np. niepokarmowe ssanie, niepokarmowe obgryzanie); czynności prymarne tworzą system powiązanych ze sobą aktywności¹¹.
5. Articulacja głosek jest w sensie ruchowym czynnością sekundarną w stosunku do czynności prymarnych. Domena ruchów artykulacyjnych w większości mieści się w domenie ruchów pokarmowych, ruchy związane z tworzeniem głosek są jednak bardziej precyzyjne, finezyjne niż ruchy pokarmowe,

tofonetyki mowy rozszczepowej. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2010, s. 44–45; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Fonem jako prototyp i kategoria radialna. Koncepcja kognitywna*. „Logopedia Silesiana”. T. 3/2014, s. 50–67; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia wybranych form zaburzeń...*, s. 18–81. Zob. ujęcie głosek, jakie odnajdujemy w publikacji B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 117–136, a także p. 2.2.1.

¹¹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2011, s. 121–192; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...* Pojęcie *czynności prymarne* zostało wprowadzone przeze mnie do polskiej logopedii w 2011 roku w monografii pt. *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia* (s. 125–131) i zyskało dużą popularność wśród logopedów. Zdarza się jednak, że osoby posługujące się tym terminem nieprawidłowo go definiują. Zwrot *czynności prymarne* to nie stylistyczny ozdobnik tekstów naukowych, ale koncepcja, która dotyczy powiązanych i wzajemnie od siebie zależnych niewerbalnych czynności, jakie odbywają się w przestrzeni ustno-twarzowo-gardłowej. Czynności te wyprzedzają mowę artykułowaną i/lub towarzyszą jej rozwojowi. Lista wymienionych przeze mnie czynności prymarnych nie jest zamknięta, dlatego zgadzam się z S. Grabiasem, który pisze: „Dla określonych czynności prymarnych zawsze znajdą się jakieś czynności jeszcze bardziej prymarne w biologicznym układzie procesów podtrzymujących życie” (S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*, s. 48). Jestem też przekonana, że współczesna logopedia nie bada wszystkich przyczyn zaburzeń realizacji fonemów. Przypuszczam, że powodem niektórych z nich mogą być uszkodzenia struktur czy procesów odbywających się na bardzo wczesnym etapie rozwoju osobniczego, determinujących także inne niż wymienione przeze mnie czynności. Będą jednak wcześniejsze niż mowa, a zatem prymarne.

co oznacza, że ćwiczenie ruchów pokarmowych stwarza przestrzeń, przygotowanie, pewien rodzaj ruchu „grubego”, który może stać się bazą dla ruchów artykulacyjnych¹².

6. Dyslalia to zaburzenia realizacji fonemów, wada wymowy, zaburzenia artykulacji, które mogą mieć różne objawy i różne przyczyny, a występujące przy prawidłowym rozwoju innych niż fonemowo-fonetyczny podsystemy języka. Ustalenie specyfiki objawu ułatwiają typologie jakościowe odwołujące się do typu wadliwej cechy fonetycznej występującej u pacjenta w miejscu normatywnej (zob. p. 2.2.2). W ustalaniu przyczyn dyslalii użyteczna jest w szczególności typologia Haliny Mierzejewskiej i Danuty Emiluty-Rozy¹³.
7. Diagnoza jest bazą dla terapii lub – innymi słowy – terapia czerpie z diagnozy, z niej przecież wyrasta. Diagnoza ma różne oblicza – odbywa się na różnych etapach i w różnych okolicznościach postępowania logopedycznego; może mieć charakter wstępny, dopełniający diagnozę wstępną, a także odnosić się do podjętych działań naprawczych dotyczących np. procedury wywoływania głoski¹⁴, gdy logopeda konfrontuje się z trudnościami „tu i teraz” podczas terapii.
8. W zespole ustno-twarzowo-gardłowym krzyżują się ścieżki rozwojowe różnych czynności biologicznych i artykulacji, a czynniki anatomiczne i czyn-

¹² K.M. HIIEMAE, J.B. PALMER: *Tongue movements in feeding and speech*. „Critical Reviews in Oral Biology & Medicine”. Vol. 14(6)/2003, s. 413–429; A. SERRURIER, P. BADIN, A. BARNEY, L.-J. BOË, C. SAVARIAUX: *Comparative articulatory modelling of the tongue in speech and feeding*. „Journal of Phonetics”. Vol. 40(6)/2012, s. 745–763; B. MACKIEWICZ: *Dysglosja jako jeden z objawów zespołu oddechowo-polykowego*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2002; B. MACKIEWICZ: *Odwzorowanie czynności pokarmowych w ruchach artykulacyjnych*. „Logopedia”. T. 29/2001, s. 87–92. Zob. wyniki badań na temat współwystępowania zaburzeń pozycji spoczynkowej języka i polykania, jakie prowadziły Danuta PLUTA-WOJCIECHOWSKA (*Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*), Barbara SAMBOR (*Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych u młodych adeptów sztuki teatralnej*. Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. prof. UŚ Danuty Pluty-Wojciechowskiej. Uniwersytet Śląski, Katowice 2017; *Zaburzone wzorce polykania i pozycji spoczynkowej języka a budowa artykulacyjna głoskowych realizacji fonemów u osób dorosłych*, „Logopedia”. T. 43/2015, s. 149–188) i Ian TATTERSALL (*Dzieje człowieka od jego początków do IV tysiąclecia p.n.e.* PIW, Warszawa 2010).

¹³ D. EMILUTA-ROZYA: *Formy zaburzeń mowy*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy...*, s. 73–87. Por. H. MIERZEJEWSKA, D. EMILUTA-ROZYA: *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 37–48. Należy podkreślić, że termin *dyslalia* może być różnie rozumiany. Zob. ujęcie tego terminu, jakie proponują Irena Styczek (I. STYCZEK: *Logopedia*. PWN, Warszawa 1981, s. 250) i Stanisław Grabias (S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*, s. 54).

¹⁴ Logopeda poszukuje podczas terapii bardzo precyzyjnej odpowiedzi na pytanie dotyczące przyczyny ewentualnie występujących trudności (pomimo postawienia diagnozy wstępnej), np. podczas wywoływania głoski. Zadaje sobie pytania, dlaczego nie można wywołać wibracji, dlaczego nie można wywołać głoski [r], pomimo zastosowania standardowych zabiegów, dlaczego nie można wywołać pozycji wertykalno-horyzontalnej języka (zob. p. 2.2.3.3) – pomimo że postawił już diagnozę wstępną. Taka bieżąca diagnoza dopełnia diagnozę wstępną.

nościowe w różnym zakresie oddziałują na siebie wzajemnie, także na rozwój sprawności fonetycznej¹⁵.

9. Terapia logopedyczna jest działaniem celowym nastawionym na likwidację objawów zaburzeń wymowy lub zmianę ich intensywności, a także – w miarę możliwości – likwidację ich przyczyn lub obniżenie poziomu ich intensywności¹⁶.
10. Każdy człowiek jest niepowtarzalną jednostką, która ma prawo do optymalnego dla siebie rozwoju, także mowy¹⁷.
11. Jedną z najważniejszych podstaw działań terapeutycznych jest praca na zasobach pacjenta oraz uwzględnienie sfery najbliższego rozwoju, a także – co się z tym wiąże – stawianie zadań stymulujących¹⁸, jak również podmiotowe traktowanie pacjenta i jego opiekunów.

2.2. Zmiana paradygmatu postępowania badawczego i diagnostyczno-terapeutycznego

W poszanowaniu tradycji, z nową wizją przyszłości

Logopedia jest nauką, która przeżywa rozkwit, co ma związek z rozwojem lingwistyki, medycyny, neurolingwistyki, neurobiologii, psycholingwistyki, bioinżynierii. Miałam okazję obserwować dokonujące się przemiany, we własnym warsztacie naukowym i praktycznym korzystać ze zmian odbywających się w teorii, jak i praktyce logopedycznej, a także dołożyć cegiełkę do nowego oblicza polskiej logopedii. Na moich oczach zmieniał się poziom refleksji naukowej na temat zaburzeń realizacji fonemów – szybciej w zakresie diagnozy, a wolniej w odniesieniu do terapii, co w pewien symboliczny sposób koresponduje z metodologiczną kanwą postępowania naukowego i praktycznego w logopedii.

¹⁵ Np. L. KONOPSKA: *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2006; B. MACKIEWICZ: *Dysglosja jako jeden z objawów zespołu oddechowo-polykowego...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*; W.R. PROFFIT, H.W. FIELDS: *Ortodoncja współczesna*. Red. nauk. wyd. polskiego G. ŚMIECH-SŁOMKOWSKA. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001; T. RAKOSI, I. JONAS, T.M. GRABER: *Orthodontic – Diagnosis*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart–New York 1993.

¹⁶ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów*. „Logopedia”. T. 42/2013, s. 45–60; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...* Zob. p. 2.3.

¹⁷ Zob. *Konwencja o prawach dziecka*, która została przyjęta 20 listopada 1989 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, jak również ratyfikowana przez Polskę w 2012 roku *Konwencja o prawach osób z niepełnosprawnością*.

¹⁸ L. WYGOTSKI: *Wybrane prace psychologiczne 2. Dzieciństwo i dorastanie*. Red. A. BRZEZIŃSKA, M. MARCHOW. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2002.

Podejmowanie zagadnienia terapii w przypadku zaburzeń realizacji fonemów nie może się odbyć bez chociażby ogólnego spojrzenia na diagnozę. Literatura dotycząca dyslalii jest różnorodna – znaczną część stanowią różnego rodzaju poradniki, w których autorzy prezentują rozmaite wskazówki i zalecenia dotyczące ćwiczeń warg i języka, ćwiczeń oddechowych, sposobów wywoływania głosek. Wiele z tych propozycji jest powielanych w kolejnych publikacjach, czasem bez należytej refleksji¹⁹.

W analizie literatury przedmiotu proponuję rozważyć, jak badacze komentują diagnozę, a także – co szczególnie ważne z uwagi na przedmiot niniejszego opracowania – w jaki sposób przedstawiana jest terapia zaburzeń realizacji fonemów w dyslalii. Autorami analizowanych publikacji są logopedzi – praktycy i/lub naukowcy. Szczególny wymiar mają badania i publikacje przygotowane przez naukowców praktyków, gdyż tworzona w ten sposób nowa wiedza dotyka nie tylko istotnych dla nauki problemów, ale rodzi się z obcowania z doświadczanymi w sytuacji „tu i teraz” problemami pacjenta z zaburzeniami mowy. Dlatego nie dziwi mnie, że obserwowana transformacja diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów jest w znacznej mierze udziałem naukowców praktyków czy praktyków naukowców, których badania dotyczą nie tylko doniosłych dla nauki problemów, ale także ważnych z punktu widzenia potrzeb i celów pacjenta. Wszak logopedyczne teorie naukowe mają służyć nie tylko nauce, lecz również pacjentowi. Wyraźnie widać to w komentarzach S. Grabiasa, który odnosi się do celów diagnostycznych, anagnostycznych i prognostycznych logopedii²⁰.

Komentując diagnozę, w analizach pomijam prezentację wszystkich typologii dyslalii, gdyż są one powszechnie dostępne i przywoływane w nieomalże każdym opracowaniu dotyczącym wad wymowy²¹. Swoje rozważania poświęcę

¹⁹ Przykładem może być opisywane w literaturze zalecenie potrącania wędzidełka języka podczas wywoływania głoski [r]. Nie należy tego robić, gdyż można doprowadzić do przekrwienia wędzidełka lub nawet jego uszkodzenia w warunkach niesterylnych. Logopeda nie ma uprawnień do przeprowadzenia czy ordynowania „zabiegów” polegających na przerywaniu tkanek miękkich (zauważmy przy okazji, że chirurgiczne przecięcie krótkiego wędzidełka języka odbywa się w gabinecie, w którym lekarz dobiera znieczulenie, zapewnia sterylne warunki zabiegu, wybiera odpowiednie miejsce przecięcia wędzidełka). Podczas wywoływania głoski [r] potrącamy czubek języka, a nie wędzidełko. Innym przykładem są ćwiczenia z korkiem ułożonym pomiędzy zębami w celu zwiększenia otwarcia jamy ustnej podczas mówienia. Obszerne rozważania na temat szkodliwości tego typu ćwiczeń przedstawiła B. SAMBOR: *Mówienie z tzw. szczękościskiem – fakty i mity*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń realizacji fonemów*. Red. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA. Wydawnictwo UŚ, Katowice 2015, s. 157–174. Na temat co najmniej dziwnych – i w świetle badań wątpliwych – ćwiczeń języka, takich jak sięganie w kierunku nosa, ucha, rulonika, grotu, liczenia ząbków będzie mowa w p. 2.2.3.3.

²⁰ S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*, s. 15–71.

²¹ Obszerne przegląd klasyfikacji dyslalii prezentuje np. A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Klasyfikacje dyslalii*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 111–116. Zob. uwagi w: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*, s. 153–211.

ukazaniu transformacji refleksji naukowej, a także praktycznej dotyczącej dyslalii – jej diagnozy oraz terapii.

Jestem głęboko przekonana, że dyslalia może być postrzegana jako proste zaburzenie mowy – łatwe w diagnozie i terapii, w szczególności jeśli uwzględni się stan badań i ich interpretację sprzed kilkudziesięciu lat. Należy jednak podjąć dyskusję z niektórymi tezami sformułowanymi wiele lat temu, przyjrzyć się współczesnym badaniom dyslalii i dokonać weryfikacji niektórych schematów dotyczących opisu zaburzeń wymowy, ich interpretacji i następnie terapii.

W polskiej logopedii rozwija się teoria dyslalii²². W znacznej mierze dotyczy ona pierwszego etapu postępowania, jakim jest diagnoza. Będzie o tym mowa w p. 2.2.2. Jeśli bowiem przyjmujemy, że teoria to „a. koncepcja oparta na poznaniu i zrozumieniu istotnych czynników kształtujących pewną sferę rzeczywistości; także: konstrukcja myślowa tworząca z elementów pewną spójną całość [...]; b. gałąź nauki, sztuki, technologii itp. w przeciwieństwie do praktyki zajmująca się kwestiami ogólnymi, założeniami; metodologia”²³, możemy z pewnością mówić o początkach tworzenia się umotywowanej naukowo teorii dyslalii, począwszy od 1997 roku. Wskazując na ten rok, mam na myśli artykuł Barbary Ostapiuk, która na podstawie spójnych założeń teoretycznych płynących z lingwistyki przedstawiła odmienne od dotychczasowego naukowe podstawy opisu zaburzeń realizacji fonemów, a kolejni badacze kontynuowali i rozwijali zaproponowaną koncepcję badania i opisu wymowy. Do tych badaczy zaliczam – oprócz wymienionej autorki – także Lilianę Konopską zajmującą się dyslalią zgryzową i dyslalią desonoryzacyjną, Danutę Plutę-Wojciechowską, której zainteresowania badawcze i praktyczne dotyczą osób z rozszczepem wargi i/lub podniebienia, a także osób z zaburzeniami czynności prymarnych, jak również z ankylogloją, wadą zgryzu, Małgorzatę Stecewicz zajmującą się mową osób po usunięciu nowotworu jamy ustnej²⁴. Koniecznie należy także wymienić młodych badaczy, którzy kontynuują nowy sposób diagnozy zaburzeń realizacji fonemów, a mianowicie Barbarę Sambor²⁵, jak również Izabelę Malicką zajmującą się zaburze-

²² Można przyjąć, że wcześniej także istniała pewna koncepcja w postaci typologii ilościowych i jakościowych wad wymowy, łącznie z interpretacją wad wymowy w ujęciu J.T. Kani (podział na elizje, substytucje i deformacje, zob. p. 2.2.1, 2.2.2), współcześnie tworzone teoretyczne podstawy diagnozy dyslalii opierają się jednak na umotywowanej bazie wynikającej z doniesień płynących z lingwistyki, a także badań empirycznych, i tworzą system spójnych tez i założeń.

²³ *Uniwersalny słownik języka polskiego*. Red. S. DUBISZ. Wersja elektroniczna. Warszawa 2004. Przytaczam tylko dwa pierwsze znaczenia terminu *teoria*.

²⁴ M. STECEWICZ, L. HALCZY-KOWALIK: *Postępowanie logopedyczne u osób po wycięciu nowotworu jamy ustnej*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Podręcznik akademicki. Red. nauk. S. GRABIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015, s. 687–725.

²⁵ B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Logopedyczne badanie młodych adeptów sztuki aktorskiej*. W: *Logopedia artystyczna*. Red. B. KAMIŃSKA, S. MILEWSKI. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2016, s. 460–485; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*, s. 33.

niami czynności prymarnych u dzieci²⁶, oraz Annę Płonkę, która bada rozwój sprawności fonetycznej małych dzieci z uwzględnieniem czynników percepcyjnych i realizacyjnych.

Wiele pytań w logopedii pojawia się w przypadku konieczności wyjaśnienia przyczyn zaburzeń i prowadzenia terapii. Jestem głęboko przekonana, że chociaż wiele już wiemy o zaburzeniach realizacji fonemów warunkowanych obwodowo, to jednak nie badamy wszystkich czynników implikujących sposób artykulacji. Takim niezbadanym obszarem jest np. rola symetrii funkcjonalnej ciała człowieka dla konstytuowania się zaburzeń artykulacji.

Terapia zaburzeń wymowy w przypadku dyslalii obwodowej w ujęciu tradycyjnym (zob. p. 2.2.3, 2.4) przez długie lata nie znajdowała innej czy też dopełniającej formuły w polskiej logopedii, a trójfazowy schemat pracy²⁷ wydawał się dla wielu logopedów niezmiennym standardem postępowania oraz kresem teoretycznej i praktycznej refleksji. Jednakże i tu pojawiła się propozycja, która zmienia dotychczasowy schemat pracy, a niniejsze opracowanie przedstawia wyniki badań naukowych ukazujących efektywność proponowanych rozwiązań. Podobnych badań w polskiej i światowej logopedii nie prowadzono (zob. p. 2.4).

2.2.1. Fundamentalne tezy i ich konsekwencje

Uznaję, że teoretyczne podstawy postępowania w przypadku zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo (dyslalii obwodowej) – i dalej oparte na nich postępowanie praktyczne – nie kształtują się w izolacji od analiz obecnych w innych obszarach refleksji naukowej. Dlatego w niniejszym punkcie przedstawię logopedyczno-lingwistyczną analizę najważniejszych tez, które mają znaczenie dla kształtowania się teoretycznych, a w dalszym etapie również praktycznych podstaw postępowania w przypadku dyslalii. Wybór założeń poddyktowany jest tematem opracowania.

Przedmiotem logopedii są biologiczne uwarunkowania języka i zachowań językowych

Transformacja czy też – mówiąc inaczej – redefinicja przedmiotu logopedii znajduje odzwierciedlenie w publikacjach wielu badaczy. Pole badawcze logopedii zostaje – na skutek nowego spojrzenia, jakie przedstawił S. Grabias – inaczej

²⁶ I. MALICKA: *Wstępne podsumowanie badań zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym z dysfunkcją fazy połykania i oddychania*. „Logopedia Silesiana”. T. 3/2014, s. 241–249; I. MALICKA: *Przegląd badań dotyczących dysfunkcji mowy związanych z zaburzeniami oddychania*. „Studia Logopedica”. T. 6/2017, s. 101–112.

²⁷ Mam na myśli uwzględnienie podczas terapii 3 faz: przygotowanie narządów mowy do nauki głósłki, wywołanie głósłki, a następnie jej automatyzację w mowie codziennej pacjenta.

„oświecone”²⁸. Ma to istotne znaczenie dla poziomu refleksji naukowej i postępowania logopedycznego – diagnozy i terapii. Logopedia Leona Kaczmarka jest inna niż logopedia opisywana przez współczesnych badaczy²⁹, jednak – co podkreślam – każdy z uczonych wnosi ważny wkład w budowanie logopedii jako nauki, nawet jeśli z niektórymi jego tezami prowadzone są polemiki.

Poprzez opis przedmiotu logopedii w postaci relacji wyrażonej za pomocą zwrotu *biologiczne uwarunkowania języka i zachowań językowych* została stworzona – czy może lepiej: uporządkowana – ogólna kanwa postępowania naukowego i praktycznego w przypadku zaburzeń mowy. Dzieje się tak dlatego, że autor jasno określił relację, której wykrycie jest istotą diagnozy logopedycznej. W tak rozumianym obiekcie badań logopedii został jednoznacznie oddzielony symptom zaburzeń mowy od ich przyczyn, których – zgodnie z intencją twórcy definicji – należy poszukiwać w cechach biologicznych organizmu człowieka.

Wyraźna ekspozycja cech biologicznych nasuwa refleksję dotyczącą znaczenia cech niebiologicznych dla konstytuowania się mowy w normie i patologii. Zauważmy, podążając – jak sądzę – za myślą autora, że zachowanie językowe odbywa się w sytuacji społecznej określonej poprzez status nadawcy i odbiorcy komunikatu, rodzaj sytuacji, intencje i cele nadawcy, także w przypadku rozwijających mowę dzieci³⁰.

Poszukiwanie relacji pomiędzy objawem zaburzeń mowy a ich przyczynami rodzi konsekwencje metodologiczne i metodyczne. Dotyczą one uwzględniania ścieżki postępowania – od opisu objawu zaburzeń mowy poprzez wykrycie i opisanie ich przyczyn do formułowania prognoz, programowania terapii i jej prowadzenia. Tę ostatnią można rozumieć – a przynajmniej tak chcę ją widzieć – jako uporządkowaną sekwencję działań, których celem jest z jednej strony

²⁸ S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*

²⁹ Zob. np. A. DOMAGAŁA: *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015; K. KACZOROWSKA-BRAY: *Kompetencja i sprawność językowa dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2017; L. KONOPSKA: *Desonoryzacja w dyslalii. Analiza artykulacyjna, akustyczna i audytywna*. Wydawnictwo US, Szczecin 2015; M. MICHALIK: *Kompetencja składniowa w normie i w zaburzeniach: ujęcie integrujące*. Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2011; U. MIRECKA: *Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym. Segmentalna i suprasegmentalna specyfika ciągu fonicznego a zrozumiałość wypowiedzi w przypadkach dyzartrii w mpd*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013; B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2013; B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wężdzidku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2013; J. PANASIUK: *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2011; T. WOŹNIAK: *Narracja w schizofrenii*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2005.

³⁰ S. GRABIAS: *Język w zachowaniach społecznych*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2001; S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*; B. OSTAPIUK, D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, S. GRABIAS, T. WOŹNIAK: *Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce. „Logopedia”*. T. 47/2018, vol. 1, s. 369–398.

likwidacja lub zmniejszenie działania czynników szkodliwych, a odpowiedzialnych za wystąpienie symptomów zaburzeń mowy, z drugiej zaś wyposażanie człowieka w język i zachowania językowe. „Ujęzykowiona głowa i inne części ciała w ten lub inny sposób ujęzykowane”, o których pisał J. Baudouin de Courtenay³¹, jawią się jako cel nadrzędny, chociaż nie zawsze możliwy do osiągnięcia, jeśli mamy na myśli opisane przez językoznawców normy językowe, a także metrykalne, które odnajdujemy w opisach modelu rozwoju języka dziecka.

Konsekwencją takiego przedstawienia przedmiotu logopedii jest poszukiwanie katalogu zachowań językowych (jeśli takie u pacjenta są), które należy/można opisać, ale także sposobu ich badania. W kwestii zaburzeń realizacji fonemów w logopedii wyraźnie zaczyna pojawiać się nowa wizja diagnozy oparta na analizie cech fonetycznych badanych za pomocą nie tylko słuchu, ale także wzroku, co wiąże się z propozycją Barbary Ostapiuk, która w 1997 roku przedstawiła odmienne od dotychczasowego podstawy diagnozy. Propozycja autorki obejmowała – rozwijane w kolejnych publikacjach – teoretyczne podstawy badania dźwięków mowy, sposób ich oceny oraz opisu, a także poszukiwanie przyczyn zaburzeń. Kontynuację myśli autorki odnajdujemy w badaniach i publikacjach m.in. Lilianny Konopskiej³², Danuty Pluty-Wojciechowskiej³³, a także Barbary Sambor³⁴, o czym była już mowa.

W obliczu konieczności odkrycia istoty procesu destrukcyjnego, który doprowadził do zaburzeń realizacji fonemów obserwowanych u pacjenta, okazało się, że typologie wad wymowy o charakterze ilościowym stają się mniej przydatne, podobnie jak kategoryzacja wad wymowy na zaburzenia, takie jak lełanie, reranie, seplenienie, kekanie itp. Badacze coraz częściej akcentują konieczność opisu nienormatywnej cechy fonetycznej, która pojawia się w miejscu cechy normatywnej. Ma to związek – jak sądzę – z większą ekspozycją rozumienia głoski jako efektu pozycji i ruchów narządów mowy (zob. tabela 2) i podkreśleniem tezy, że rodzaj tworzonego dźwięku jest funkcją użytych narządów. Będzie o tym mowa w dalszej części tego punktu. Chciałoby się postulować – wzorując się na słowach J. Baudouina de Courtenaya³⁵ – ko-

³¹ J.N. BAUDOUIN DE COURTENAY: *O języku polskim*. Wybór i red. J. BASARA, M. SZYMCAK. PWN. Warszawa 1984, s. 139.

³² L. KONOPSKA: *Jakość wymowy u osób z wadą zgryzu*. „Logopedia”. T. 31/2002, s. 157–198; L. KONOPSKA: *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2006.

³³ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Realizacja fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego*. „Logopedia”. T. 30/2002, s. 115–130; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*

³⁴ B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Logopedyczne badanie młodych adeptów sztuki aktorskiej...*, s. 460–485; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*, s. 33.

³⁵ J. Baudouin de Courtenay postulował uwzględnienie w lingwistyce więcej myślenia matematycznego, co znalazło wyraz w umieszczeniu w książce *O języku polskim* rozdziału pt. *Ilość*

nieczność wprowadzania do logopedii w aspekcie dźwięków mowy – ich diagnozy i terapii więcej myślenia opartego na fizyce i mechanice. Wszak dźwięk, także dźwięk mowy zależy od użytych narzędzi. Przestrzeń orofacjalną można bowiem potraktować jak mechanizm służący do przetwarzania substancji, w tym zmiany parametrów wydychanego powietrza za pomocą ruchów niezwykłych elementów maszynierii, jakimi są narządy mowy³⁶. Ekspozycja obwodowej strony wykonawczej nie oznacza niedostrzegania znaczenia wyższych pięter – umysłowych i nerwowych odpowiedzialnych za tworzenie głosek, ale wynika z tematu monografii.

Głoska jest realizacją fonemu, który jest elementem kompetencji językowej, a głoska elementem sprawności

Niezwykłe słowa J.N. Baudouina de Courtenay zacytowane we Wstępie, a rozpoczynające się od intrygujących słów „[...] żaden język nie istnieje”³⁷, mogą stać się przyczynkiem do uznania – śladem Magdaleny Smoczyńskiej – że „użytkowane głowy ludzkie” są bliskie kompetencji językowej. A zatem jednym z elementów „użytkowanej głowy” są fonemy.

Uwagę zwracają także dalsze słowa: „inne części organizmu, w ten lub ów sposób użytkowane”. Upraszczając zagadnienie, można przypuszczać, że „inne części organizmu” to m.in. narządy mowy, które wytwarzając sekwencję głosek niosących znaczenie według planu fonologicznego stają się ostatnim ogniwem ucieleśniania myśli.

Uznanie mowy jako struktury złożonej z kompetencji i sprawności sprawiło, że także w odniesieniu do zaburzeń artykulacji pojawiła się w publikacjach logopedycznych większa ekspozycja stosunku głoski do fonemu oraz relacje z badań nastawionych na poszukiwanie związków pomiędzy objawem zaburzeń a ich przyczynami w przypadku nienormatywnej substancji segmentalnej wykrytej u pacjenta. Znajdujemy to w badaniach B. Ostapiuk, L. Konopskiej, D. Pluty-Wojciechowskiej, B. Sambor, I. Malickiej, M. Stecewicz³⁸, analizach i propozycjach D. Emiluty-Rozy³⁹, a także np. w ustaleniach – chociaż z wy-

ciowość w myśleniu językowym. Autor wielokrotnie zwracał uwagę, jak pisze Witold Doroszewski, na „postulat konieczności uściślenia językoznawstwa przez wprowadzenie do tej nauki coraz więcej myślenia ilościowego, myślenia matematycznego, aby w ten sposób zbliżyć się coraz bardziej do nauk ścisłych” (W. DOROSZEWSKI: *Jan Baudouin de Courtenay – językoznawca i myśliciel*. W: J.N. BAUDOUIN DE COURTENAY: *Dzieła wybrane*. Oprac. W. DOROSZEWSKII in. T. 1. PWN, Warszawa 1974, s. 94. Za: J.N. BAUDOUIN DE COURTENAY: *O języku polskim...*, s. 423.

³⁶ Zob. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*

³⁷ J.N. BAUDOUIN DE COURTENAY: *O języku polskim...*, s. 139.

³⁸ Zob. wcześniej przywoływane publikacje wymienionych autorek.

³⁹ D. EMILUTA-ROZYA: *Formy zaburzeń mowy*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy...*, s. 73–87; D. EMILUTA-ROZYA: *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2014.

korzystaniem odmiennych paradygmatów – E. Jeżewskiej-Krasnodębskiej i E. Binkuńskiej⁴⁰.

Coraz częściej w analizach logopedycznych badacze używają określeń *realizacja fonemu*, *zaburzenia realizacji fonemów*, chociaż relacja fonemu do głoski jest od dawna jasno wyrażona w logopedii np. przez Leona Kaczmarka⁴¹ czy Bronisława Ročławskiego⁴². W swej książce Irena Styczek używa zazwyczaj nazw: *zniekształcenie głoski*, *zastępowanie głosek*, *ich mylenie* czy *przestawianie*⁴³.

Czy częstsze używanie zwrotu *zaburzenia realizacji fonemów*, *realizacja fonemu* w przypadku dyslalii ma znaczenie, czy też jest to tylko zabieg stylistyczny, pewna moda? Zmiana nomenklatury czy też częstsze pojawianie się określenia *realizacja fonemu* jest – jak sądzę – efektem dążenia badaczy do wykorzystania w badaniach logopedycznych fundamentalnych pojęć rodem z lingwistyki, w tym uznania relacji fonem – głoska, a także podstawowego wyróżnienia w fonetyce⁴⁴ działów: fonetyki artykulacyjnej, akustycznej i audytywnej⁴⁵. W ten sposób rodząca się nowa dyscyplina może korzystać z gotowej formuły. Badacze jednak – w związku z oceną realizacji fonemów – podejmują nowe wątki analiz czy też

⁴⁰ W przypadku np. E. Jeżewskiej-Krasnodębskiej (E. JEŻEWSKA-KRASNODĘBSKA: *Przyczyny zaburzeń artykulacji zlokalizowane w układzie obwodowym*. Impuls, Kraków 2015) i E. Binkuńskiej (E. BINKUŃSKA: *Sygmaturyzm właściwy i parasygmaturyzm a budowa oraz funkcjonowanie narządów mowy u dzieci*. „Forum Logopedyczne”, nr 24/2016, s. 87–100) odmiennosc zastosowanej metodyki badania powoduje, że trudno jest porównywać wyniki badań autorek z ustaleniami np. L. Konopskiej czy prezentowanych w niniejszej monografii. Metodę słuchową oceny wymowy odnajdujemy także w przypadku badań E. Krajnej i M. Bryndał, co także powoduje trudność w porównywaniu wyników badań. Zob. E. KRAJNA: *100-wyrazowy test artykulacyjny. Analiza słuchowa nagrań i próba normalizacji testu*. „Audiofonologia”. T. 14/1999, s. 137–174; E. KRAJNA: *Doskonalenie artykulacji u dzieci przedszkolnych – wybrane zagadnienia*. „Logopedia”. T. 31/2002, s. 27–52.

⁴¹ L. KACZMAREK: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1988, s. 192–193.

⁴² B. ROČŁAWSKI: *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*. WSiP, Warszawa 1986. Zob. późniejsze publikacje autora: B. ROČŁAWSKI: *Nauka czytania i pisanie*. Glottispol, Gdańsk 1989; B. ROČŁAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Glottispol, Gdańsk 2001; B. ROČŁAWSKI: *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Glottispol, Gdańsk 2005.

⁴³ I. STYCZEK: *Logopedia...*

⁴⁴ W ujęciu Bożeny Wierzchowskiej: „Przedmiotem badań fonetyki są sygnały dźwiękowe wytwarzane przez narządy mowy w procesie językowego porozumiewania się ludzi. Fonetyka bada pracę narządów wytwarzających te dźwięki, zjawiska akustyczne będące rezultatem tej pracy, a także reakcje narządu słuchu na te zjawiska” (B. WIERZCHOWSKA: *Wymowa polska*. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1965, s. 7). Z kolei Danuta Ostaszewska i Jolanta Tambor piszą: „Fonetyka jest nauką o głoskach – dźwiękach mowy. To dział językoznawstwa badający dźwięki w potoku mowy – ich właściwości, łączliwość oraz pozycyjne przekształcenia” Zob. D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*. Wydawnictwo UŚ, Katowice 1997, s. 7.

⁴⁵ D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii...*; D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*. PWN, Warszawa 2012.

dopełniają albo weryfikują dotychczasowe ustalenia w logopedii, a mianowicie: jak badać realizację fonemu, jak opisywać wyniki badań, jaka jest relacja pomiędzy fonemem a głoską, która jest jego realizacją (zob. p. 2.2.2)⁴⁶.

W naukowym dyskursie pojawiają się zatem nowe tematy. Badacze interesują się, w jaki sposób wadliwa głoska reprezentuje fonem, co odnajdujemy już w tekście B. Ostapiuk z 1997 roku, o którym już była mowa. Autorka pisze m.in.:

Podstawą wyróżnienia rodzajów dyslalii w mojej propozycji nie jest nazwa źle realizowanej głoski. [...] Za podstawę wyróżnienia **rodzajów dyslalii** przyjęłam nazwy cech głosek używane w fonetyce do określania sposobu oraz miejsc artykulacji i artykulatorów. [...] Stąd określenia: np. dentalność, bilabialność, dorsalność, medialność jako nazwy istoty artykulacyjnej głosek, a następnie dysdentalność, dysbilabialność, dysdorsalność, dysmedialność jako nazwy istoty zaburzenia realizacji fonemów⁴⁷.

Przyjęcie podstaw teoretycznych kategoryzacji dyslalii – rodem z fonetyki – rodzi dwie konsekwencje: pierwsza z nich dotyczy sposobu badania (koniecznie trzeba wykorzystać wzrok obok słuchu), a kolejna ma związek ze sposobem opisu wyników czynności badawczych oraz terapią logopedyczną. Autorka wyraża to w sposób następujący:

Poznanie różnych niepożądanych PiROFA⁴⁸ pozwala odpowiedzieć na pytanie, jaką cechą została zastąpiona cecha normatywna, np. zamiast apikalnej – dorsalna realizacja fonemu /l/. Istota terapii logopedycznej polega wówczas na zastąpieniu dorsalności apikalnością, tzn. na ukształtowaniu właściwego dla tej głoski ruchu artykulacyjnego. Wybór metod i technik terapeutycznych zależy od odpowiedzi na pytania: dlaczego apikalność nie mogła być realizowana?, dlaczego w zespole PiROFA, które pacjent wytworzył dla realizacji fonemu /l/, pojawiła się dorsalność?⁴⁹

⁴⁶ B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów...*, s. 117–136; B. OSTAPIUK: *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*. „Logopedia”. T. 31/2002, s. 95–156; B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: „*Lowely, jody i safy*”, czyli o tzw. *substytucjach i deformacjach*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne”, nr 8/2005, s. 26–29; B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidelku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2013; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Realizacja fonemu /t/...*, s. 115–130; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Realizacja fonemów języka polskiego u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego – przegląd wybranych problemów, stanowisk, propozycji*. „Logopedia”. T. 31/2002, s. 199–225; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2010; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*

⁴⁷ B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów...*, s. 132.

⁴⁸ PiROFA to skrót: pozycje i ruchy oddechowo-fonacyjno-artykulacyjne, którego użyła B. Ostapiuk w cytowanym tu artykule (s. 119).

⁴⁹ B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów...*, s. 132.

Propozycja autorki pojawia się w czasie, gdy wśród logopedów ugruntowała się strategia badania i opisu wadliwej wymowy za pomocą terminów *lelanie*, *kappacyzm*, *rotacyzm* lub wskazywania liczby nienormatywnie realizowanych fonemów w postaci zwrotów *dyslalia jednoraka*, *dyslalia wieloraka*. Jest to także taki moment, gdy w logopedii umocniła się interpretacja wad wymowy, którą zaproponował w 1975 roku Józef Tadeusz Kania preferujący – co istotne – słuchową ocenę wymowy⁵⁰. W takim kontekście problem opisu głosek wadliwych wydawał się prosty i – jak sądzę – nadal wydaje się niektórym logopedom i nielogopedom łatwy – wystarczy posłuchać, jak pacjent mówi, wytropić substytucje głosek lub deformacje albo elizje – i już wszystko wiadomo⁵¹. Tak jednak nie jest.

Prowadzone badania dostarczają nowych danych, które skłaniają badaczy do dyskusji z poglądami J.T. Kani. Zagadnienia z tym związane odnajdujemy głównie w publikacjach B. Ostapiuk⁵² i D. Pluty-Wojciechowskiej⁵³. Polemika z popularną interpretacją wad wymowy w ujęciu J.T. Kani jest nowym tematem w naukowym dyskursie językoznawczym i logopedycznym. Według mnie mogła się pojawić właśnie w kontekście prowadzonych badań logopedycznych, które ukazały ograniczenia wykładni Kani na temat zaburzeń artykulacyjnych⁵⁴.

⁵⁰ Autor zaproponował podział wad wymowy, wzorując się – jak sądzę – na opracowaniach medycznych, na 3 kategorie: elizje, substytucje i deformacje. Według badacza elizja to brak realizacji fonemu, a z deformacją mamy do czynienia wtedy, gdy realizacja fonemu wykracza poza właściwe normie pole realizacji fonemu (a zarazem nie mieści się w polu realizacji innych fonemów). Z kolei substytucja występuje wówczas, gdy realizacja jakiegoś fonemu mieści się w polu realizacji innego fonemu albo inaczej: jeśli dwa fonemy mają taką samą realizację u jednego pacjenta, np. /s/ → [s] i jednocześnie /ʃ/ → [s]; /l/ → [l] i jednocześnie /r/ → [l] (zob. J.T. KANIA: *Podstawy językoznawczej klasyfikacji zaburzeń mowy*. „Język Polski”. R 55/1975. Przedruk w: J.T. KANIA: *Szkice logopedyczne*. PTL, Lublin 2001, s. 11–30). Być może J.T. Kania zaproponował wskazaną typologię wad wymowy jeszcze wcześniej, ale nie udało mi się dotrzeć do publikacji autora sprzed 1975 roku.

⁵¹ Sama byłam kształcona zgodnie z takim standardem badania i opisu wymowy, gdy jednak podjęłam badania zaburzeń realizacji fonemów u dzieci z rozszczepem wagi i podniebienia, okazało się, że dostępne narzędzia, jakie oferowała logopedia ostatnich lat XX wieku, są niewystarczające. Nie mogłam z ich użyciem oddać istoty wadliwej wymowy dzieci z wadą w obrębie środkowej części twarzoczaszki. Dlatego propozycja B. Ostapiuk była dla mnie szczególnie interesująca.

⁵² B. OSTAPIUK: *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*. „Logopedia”. T. 31/2002, s. 95–156; B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy...*

⁵³ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: „*Lowely, jody i safy*”..., s. 26–29. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego*. „Logopedia Silesiana”. T. 1/2012, s. 31–46; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*, s. 167–178.

⁵⁴ W uproszczeniu można je opisać następująco: 1) podział na substytucje, deformacje i elizje nie jest ostry, gdyż są takie realizacje fonemów, których nie można jednoznacznie zakwalifikować do substytucji czy deformacji, np. realizacja fonemu /ʃ/ w formie międzyzębowej, podczas której w słyszonym dźwięku odbiorca rozpoznaje nienormatywną realizację fo-

Myśl tego autora jest ciągle popularna, a poszukiwanie substytucji i deformacji w logopedycznym badaniu wymowy za pomocą ścieżki słuchowej preferowane przez wielu logopedów. Nie oznacza to jednak, że jest to właściwe podejście. Perspektywa odmiennej oceny objawu zaburzeń artykulacji – w postaci wykrycia słuchem i wzrokiem wadliwej cechy fonetycznej (a nie słuchania i wskazywania substytucji i deformacji głosek), która się pojawia w miejsce normatywnej – staje się jednak coraz popularniejsza, o czym świadczą badania prowadzone według nowego paradygmatu⁵⁵. Wstępna ocena badań prowadzonych przez Annę Płonkę dotyczących weryfikacji typologii J.T. Kani potwierdza zgłaszane wątpliwości. Ma to istotne znaczenie nie tylko dla diagnozy, ale i terapii logopedycznej (zob. p. 4.2.3.4).

Za każdą cechą fonetyczną kryje się układ, pozycja i ruch narządów mowy

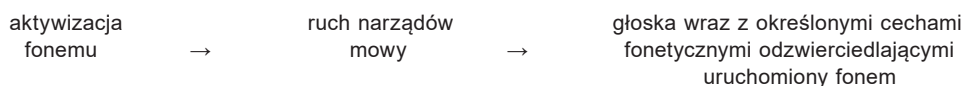
Przyjęcie powyższej tezy (mającej związek z poprzednią) w naukowym dyskursie na temat zaburzeń realizacji fonemów w logopedii – prowadzonym za pośrednictwem pióra lub słowa – ma znaczne konsekwencje dla diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów. Można przypuszczać, że wraz z prowadzeniem badań zaburzeń artykulacji logopedzi zaczęli dostrzegać w praktyce wyraźny związek cech dźwięku z rodzajem użytych narzędzi. W ten sposób – jak przypuszczam – rodziła się słuchowo-wzrokowa metoda oceny wymowy.

Coraz popularniejsza stawała i staje się teza wynikająca z fonetyki – na pozór wydaje się ona oczywista – że głoska jest zjawiskiem nie tylko słuchanym, ale ma też wymiar artykulacyjny, wizualny w postaci układu, pozycji i ruchu narządów wytwarzających określony dźwięk mowy. Wykonywany ruch narządów wytwarza również inne wrażenia, odbierane innymi niż słuch zmysłami, np. odczuwane dotykiem drżenie kości nosa podczas artykulacji głosek nosowych, nie mówiąc już o wrażeniach wzrokowych związanych z kształtem języka i szczeliny artykulacyjnej widocznej podczas artykulacji, np. głosek dentalizowanych dźwiękowych (jednak wymaga to specjalnego „patrzenia do jamy ustnej”, zob. p. 3.5). Głoska – jako realizacja planu fonologicznego – wiąże się z rodzajem użytych

nemu /s/; 2). w tzw. substytucjach mogą być „ukryte” deformacje, które – z uwagi na rodzaj słyszanego dźwięku – przypominają realizację innych niż oczekiwany fonem (np. w wyrazie [safa]), jednakże budowa artykulacyjna słyszanego głosu powstającej w miejsce oczekiwanej może być inna niż głoski [s] w wyrazie [ser]; ma to związek z trudnością w dostrzeganiu drobnych niuansów brzmieniowych za pomocą ludzkiego ucha (zob. p. 2.2.2.2). Dlatego badanie słuchowe wymowy nie jest wystarczające, a interpretacja wad wymowy w ujęciu J.T. Kani może prowadzić do błędów diagnostycznych i prognostycznych; brak np. badań dotyczących problemu, który można przedstawić w formie pytań: *czy z każdej safy będzie w przyszłości szafa?, czy z każdej lyby będzie ryba?*

⁵⁵ Świadczą o tym nie tylko przywoływane publikacje badaczek dyslalii obwodowej, ale także znacząca liczba studentów logopedii i wykształconych logopedów biorących udział w licznych wykładach i warsztatach prowadzonych przez wymienione badaczki.

narzędzi, czyli narządów mowy. W takim sensie to zjawisko fizyczne. Istota tej relacji została przedstawiona na schemacie 1.



Schemat 1. Od aktywizacji fonemu poprzez ruch narządów mowy do głoski

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Czy logopeda wywołuje głoski?* „Logopedia”. T. 41/2012, s. 40.

W pracach lingwistycznych i logopedycznych można odnaleźć różne definicje głoski. Tabela 2 przedstawia wybrane ujęcia tego terminu⁵⁶.

Tabela 2

Wybrane definicje głoski

Autor	Definicja	Wykorzystany termin operacyjny
1	2	3
L. Kaczmarek	„Realizacja fonemu w żywym słowie, najmniejszy element wymawianiowy słyszany” ^{a)}	Realizacja fonemu
R. Laskowski	„Głoska jest najmniejszym elementem dźwiękowej formy wypowiedzi, charakteryzującym się stałym zespołem cech artykulacyjnych i akustycznych” ^{b)}	Element dźwiękowej formy wypowiedzi
B. Ostapiuk	„Głoskę tworzy zespół względnie jednocześnie pozycji i ruchów oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych” ^{c)}	Zespół pozycji i ruchów
D. Ostaszewska, J. Tambor	„Głoska to najmniejszy, dający się wydzielić w czasie, intuicyjnie rozpoznawalny element mowy, nie posiadający własnego znaczenia” ^{d)}	Element mowy
D. Pluta-Wojciechowska	„[...] głoska to fizyczna (mająca zespół cech artykulacyjnych, akustycznych i audytywnych) reprezentacja fonemu, będąca najmniejszym elementem dźwiękowej formy wypowiedzi, która powstaje poprzez zespół ruchów narządów mowy opartych na uruchomieniu prototypu (fonemu) jako jej poznawczego, neurofizjologicznego wzorca” ^{e)}	Reprezentacja fonemu, element dźwiękowej wypowiedzi, zespół ruchów narządów mowy

⁵⁶ Zestawienie wybranych definicji fonemu przedstawiłam w innej publikacji: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej...*, s. 44–45.

cd. tab. 2

1	2	3
B. Ročławski	„[...] każdy najmniejszy element dźwiękowej formy wypowiedzi odznaczający się stałym zespołem cech artykulacyjnych, akustycznych i audytywnych” ^{f)}	Element dźwiękowej formy wypowiedzi
I. Styczek	„Głoska jest zespołem cech dystynktywnych i niedystynktywnych” ^{g)}	Zespół cech

^{a)} L. KACZMAREK: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1988, s. 193.

^{b)} R. ŁASKOWSKI: *Głoska* (hasło). W: *Encyklopedia języka polskiego*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wrocław–Warszawa–Kraków 1992, s. 97.

^{c)} B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 119.

^{d)} D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*. Wydawnictwo UŚ. Katowice 1997, s. 17.

^{e)} D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej...*, s. 51–52.

^{f)} B. ROČŁAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla pedagogów i logopedów szkolnych*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 1986, s. 110.

^{g)} I. STYCZEK: *Logopedia...*, s. 32.

W przytoczonych definicjach autorzy z jednej strony zwracają uwagę na to, że głoska jest najmniejszą częstką dźwiękowej formy wypowiedzi, z drugiej zaś na immanentne właściwości głoski, a mianowicie cechy artykulacyjne, akustyczne i audytywne. Warto podkreślić, że definicje B. Ostapiuk i D. Pluty-Wojciechowskiej w opisie głoski wykorzystują określenie *zespół ruchów narządów mowy*⁵⁷. Wydaje się, że ekspozycja tego aspektu głoski nie bez powodu znalazła się w definicjach badaczek, które są logopedkami. Ma to związek – jak sądzę – z praktycznym badaniem głosek podczas oceny wymowy, a także prowadzeniem terapii, które było udziałem wskazanych autorek. Można też zauważyć, że obserwacja pozycji i ruchów narządów podczas tworzenia dźwięków mowy oraz struktur odległych od jamy ustnej i – wydawałoby się nieważnych dla wymowy (np. postawa ciała) – pozwala na zapoznanie się z fizjologią artykulacji. Ma to związek z powiązaniami anatomiczno-funkcjonalnymi pomiędzy przestrzenią orofacialną a innymi częściami organizmu człowieka⁵⁸.

⁵⁷ Zob. jak Maria Dłuska rozumie ruch w przypadku głoski: M. DŁUSKA: *Fonetyka polska. Artykulacje głosek polskich*. PWN, Warszawa–Kraków 1986, s. 27.

⁵⁸ M. CLAUZADE, J.-P. MARTY: *Orthoposturodentie*. T. 2. S.E.O.O., Perpignan 2006; T.E. PO-UNTNEY, C.M. MULCAHY, S.M. CLARKE, E.M. GREEN: *Podejście Chai-ley do postępowania posturalnego. Wyjaśnienie teoretycznych aspektów postępowania posturalnego i ich praktycznego zastosowania poprzez terapię i sprzęt*. Przeł. A. ABU-ZAITOUN. Red. nauk. M. MATYJA, A. GOGOLA. Warszawa 2011.

Każda nienormatywna realizacja fonemu jest dowodem na to, że istnieje jakaś trudność w osiągnięciu zgodnych z normą parametrów fonetycznych tworzących dźwiękowych realizacji fonemu

Trudność w osiągnięciu zgodnych z normą właściwości artykulacyjnych, audytywnych i akustycznych może mieć różne źródła⁵⁹. Wiedza płynąca z lingwistyki, logopedii, psycholingwistyki i glottodydaktyki pozwala na dokonanie pewnej syntezy i wskazanie, że nienormatywność realizacji fonemów w kontekście normy ogólnopolskiej może mieć różny charakter, a mianowicie:

- tzw. „przejęzyczenia” powstające na skutek różnych czynników, np. emocjonalnych;
- błędy wymowy powstające na skutek braku znajomości norm wymowy;
- gwarowy;
- związany z bilingwizmem, a wynikający z trudności uzyskania cech normatywnych głosek języka polskiego, jakie spotyka się podczas nauki języka polskiego u cudzoziemców⁶⁰;
- ontogenetyczny, czyli rozwojowy, a dotyczący niedoskonałości systemu fonetycznego występujących u dzieci w pewnym wieku i wraz z ich rozwojem przemijających; wbrew pozorom takie zjawiska są trudne w diagnozie;
- patologiczny, wynikający z zadziałania czynnika patogenicznego w różnym okresie rozwoju i życia człowieka (może on być przyczyną zaburzeń także innych podsystemów języka).

Zadaniem logopedy jest zatem ocena wypowiedzi pacjenta, w tym wymowy, a następnie ustalenie, z jakim typem nienormatywnej realizacji fonemów ma do czynienia oraz jakie działania należy podjąć w odniesieniu do osoby badanej.

⁵⁹ Wyobraźmy sobie kategorię, którą nazwiemy *realizacje fonemów języka polskiego*. Znajdą się w niej zarówno realizacje normatywne z punktu widzenia normy języka ogólnopolskiego, jak i realizacje nienormatywne z punktu widzenia tej normy. Skoro nienormatywne realizacje fonemów tworzą pewną asymetrię w stosunku do normatywnych, możemy uznać, że każda nienormatywna realizacja fonemów jest naruszeniem przyjętej normy języka ogólnopolskiego. Może mieć ono jednak rozmaite postacie i rozmaite przyczyny (D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*, s. 153–157).

⁶⁰ Wstępne badania prowadzone przeze mnie, a dotyczące przyczyn trudności wymowy polskich głosek przez cudzoziemców uczących się polskiego jako drugiego języka pokazały, że na 10 badanych osób aż w 8 przypadkach trudność w osiągnięciu polskich głosek (w szczególności dentalizowanych dźwiękowych oraz [r]) mogła mieć związek – obok wpływu wcześniej przyswojonego języka – z wadliwymi warunkami anatomicznymi i/lub czynnościowymi narządów mowy. U niektórych osób wystąpiły także trudności w różnicowaniu głosek ze względu na cechy fonetyczne, a nie fonemowe (zob. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Wymowa polskich głosek przez cudzoziemców uczących się polskiego jako kolejnego języka. Wyniki badań* (w przygotowaniu do druku); D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *The assesment of the biological determinants of pronunciation in foreigners learning Polish*. В: МАГИЯ ИННО: Новое в исследовании языка и методике его преподавания Материалы Второй научно-практической конференции (Москва, 24–25 апреля 2015 г.). Т. 2. Ред. Д.А. Крячков. Издательство МГИМО–Университет, Москва 2015, s. 187–192.

Wbrew pozorom nie zawsze jest to proste zadanie, gdyż przyczyny nienormalnych realizacji fonemów mogą się nakładać na siebie.

2.2.2. Transformacja sposobu diagnozy

Polska logopedia ma już znaczący dorobek dotyczący dyslalii, chociaż nie jest wykluczone, że badacze stosowali różne metody oceny wymowy. Od początku zainteresowania wadliwą wymową badacze tworzyli rozmaite typologie odzwierciedlające badane zjawiska i „oświecali” różne cechy nieprawidłowej artykulacji. To naturalna cecha konstytuującej się nowej nauki, jaką jest logopedia. Warto wymienić badaczy, którzy w różnym zakresie i w różnych obszarach wnieśli w ciągu ostatnich 40–50 lat istotny wkład w rozwój teorii i praktyki w zakresie zaburzeń realizacji fonemów (nazwiska podaję w porządku alfabetycznym), np.: Danuta Emiluta-Roza, Lilianna Konopska, Stanisław Milewski, Urszula Mirecka, Barbara Ostapiuk, Bronisław Roślowski, Barbara Sambor, Irena Styczek, Bogumiła Toczyńska, Anita Trochymiuk (obecnie Lorenc)⁶¹. Znacząca jest także monografia Piotry Łobacz pt. *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*⁶². Warto podkreślić, że podwaliny diagnozy i terapii wad wymowy wiele lat temu tworzyli Danuta Antos, Genowefa Demel, Józef Tadeusz Kania, Hanna Rodak, Anna Sołtys-Chmielowicz, Irena Styczek⁶³; z niektórymi poglądami tych autorów będę polemizowała. Odmienne podejście do wad wymowy prezentuje Jagoda Cieszyńska, o czym była już mowa we *Wstępie*. Myślę, że moje publikacje, które łączą badania naukowe i ponad 30-letnie doświadczenia praktyczne, także wniosły wkład w rozwój logopedycznej teorii i praktyki zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo⁶⁴.

Poniższe analizy będą dotyczyć transformacji sposobu badania i opisu oraz interpretacji zaburzeń realizacji fonemów w polskiej logopedii w odniesieniu do za-

⁶¹ D. EMILUTA-ROZA: *Formy zaburzeń mowy...*, s. 73–87; D. EMILUTA-ROZA: *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym...*; L. KONOPSKA: *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu...*; U. MIRECKA: *Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym...*; B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii...*; B. ROŚLAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim...*; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów...*; I. STYCZEK: *Logopedia...*; B. TOCZYŃSKA: *Głośno i wyraźnie. 9 lekcji dobrego mówienia*. GWP, Gdańsk 2007; A. TROCHYMIUK: *Wymowa dzieci niesłyszących. Analiza audytywna i akustyczna*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013; A. LORENC: *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłosek bocznej*. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2016.

⁶² P. ŁOBACZ: *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*. Wydawnictwo Energeia, Warszawa 1996.

⁶³ J.T. KANIA: *Szkice logopedyczne...*; A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Impuls, Kraków 2008; H. RODAK: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Wydawnictwo UW, Warszawa 2002.

⁶⁴ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*

burzeń obwodowych, w ciągu ostatnich 40–50 lat. Myślę, że mam do tego prawo, gdyż zaanonsowaną problematyką zajmuję się od ponad 30 lat praktycznie, a od prawie 20 lat także naukowo. Wiele z wątków związanych z tym tematem zostało już omówionych w rozdziale 2 (p. 2.1, 2.2.1), dlatego poniższe rozważania będą mieć charakter syntezy. W analizach będę przywoływała publikacje stosunkowo nowe, sięgając jednocześnie do tych sprzed ponad 40 lat, ponieważ poglądy wyrażone przez ówczesnych badaczy są nadal obecne w logopedycznym myśleniu i wyznaczają niektórym badaczom wizję diagnozy i terapii. Nie oznacza to, że wszystkie sformułowane opinie na temat diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów funkcjonujące współcześnie, a rekrutujące się z lat 60. czy 70. ubiegłego wieku w sposób właściwy budują zręby postępowania logopedycznego w przypadku wad wymowy. Nie oznacza to również, że wszystkie opisane przez badaczy metody terapii są nieaktualne.

Wprowadzone stosunkowo nowe paradygmaty postępowania – sprawdzone w badaniach naukowych i praktyce – wyrosły z niewystarczalności modelu diagnozy zaburzeń realizacji fonemów, jaki jest związany z logopedią sprzed 40 lat, a także – o czym była mowa w rozdziale 2 (p. 2.1, 2.2.1) – z niewystarczalnością medycznej oceny artykulacji. Doprowadziło to do opracowania spójnej teoretycznie bazy wywodzącej się z fonetyki oraz wynikającej z niej metodyki praktycznych działań dotyczących oceny i opisu wymowy, a także poszukiwania przyczyn zaburzeń. To przełomowe wydarzenie w odniesieniu do dyslalii, w szczególności w aspekcie oceny wymowy.

W opisie dyslalii zmienia się terminologia, chociaż badacze opisują te same zjawiska. Wymowa jest oceniana według innego paradygmatu, niż proponował Józef Tadeusz Kania, co dostarcza odmiennych danych empirycznych, a zatem wymaga dopasowanej do nich językowej oprawy. Logopedia – jako młoda nauka – poszukuje swojej terminologii, przy czym korzysta z osiągnięć fonetyki i fonologii. Dzięki tworzeniu nowych terminów odnoszących się do nienormalnych cech fonetycznych wzbogaca patofonetykę, nazywane są bowiem zjawiska, które logopedzi obserwują podczas praktycznego badania realizacji fonemów.

Nowy sposób badania i opisu zaburzeń realizacji fonemów jest wykorzystywany w najnowszych badaniach artykulacji, o czym była już mowa. Nie jest jednak możliwa szybka zmiana utrwalonych wśród niektórych logopedów nawyków badania wymowy jedynie za pomocą zmysłu słuchu. Ujawniają to kontakty z logopedami, którzy relacjonują własny sposób badania artykulacji. Potwierdzają to niektórzy słuchacze logopedii, którzy przed pójściem na studia obowiązkowo poddali się badaniu wymowy w gabinetach różnych logopedów i specjalista w trakcie całego badania nie zajął ani razu do jamy ustnej przyszłego logopedy. Istotne jest jednak, że powstała alternatywna droga oceny i opisu wymowy, która uwzględnia jasną i spójną koncepcję teoretyczną będącą bazą dla działań praktycznych, w tym diagnozy i terapii.

2.2.2.1. Przed badaniem realizacji fonemów

Od korzystania z ustaleń lingwistów do dopełniania wiedzy fonetycznej

Bogumiła Toczyska, komentując poprawność wymawianiową, przywołuje słowa Marii Madejowej z 1987 roku, która pisała: „Jeżeli idzie o normę wymawianiową, to można tu stwierdzić, że istnieją znaczne zaniedbania w badaniach tego przedmiotu. Literatura przedmiotu nie jest zbyt bogata i często już przestarzała”⁶⁵.

Przywołane słowa nie tracą na aktualności, gdyż badania normy wymawianiowej nie należą w obecnej dobie w Polsce do częstych (zob. rozdz. 1). W dalszej części opracowania autorka analizuje pojęcie normy wymawianiowej, wskazując na ważne opracowania m.in. Bronisława Wieczorkiewicza, Władysława Lubasia i Stanisława Urbańczyka, a także Witolda Doroszewskiego, Zenona Klemensiewicza, Mariana Bugajskiego, Władysława Miodunki, Józefa Tadeusza Kani, Bronisława Ročławskiego czy Danuty Michałowskiej⁶⁶. Problem normy ortofonicznej omawiają też Anita Lorenc, Stanisław Milewski i Barbara Kamińska oraz Józef Porayski-Pomsta (zob. *Wstęp*).

Gdy przystępujemy do oceny realizacji fonemów, istotne jest uświadomienie sobie, jaki system fonemowo-fonetyczny stanie się podstawą badań. Oznacza to, że badane głoski logopeda będzie porównywał z opisaną przez lingwistów normą. Taka podstawa wydaje się zrozumiała, dziwią zatem słowa Anny Sołtys-Chmielowicz, która wyraziła taką oto opinię:

Punktem wyjścia dla opisu artykulacji wadliwych jest **znajomość normy**, jakkolwiek byłaby ona rozumiana. Na użytek tejże pracy, która ma na celu przedstawienie dotychczasowej wiedzy o nieprawidłowościach artykulacyjnych (charakterystyka wad i sposób prowadzenia terapii) zawartej w publikacjach oraz zdobytej przeze mnie w trakcie wieloletniej praktyki, a także opartej na przemyśleniach i sprawdzonych rozwiązaniach metodycznych, **najważniejszym kryterium określania poprawności wymowy jest zgodność z normą ortofoniczną**. W praktyce jest to taka wymowa, na którą słuchacz nie zwraca uwagi. Sprawą mniej istotną będzie więc to, czy układ narządów mownych idealnie pasuje do tego, który uznaje się za **najbardziej typowy dla języka polskiego**, pod warunkiem że nienormatywność nie razi w bezpośredniej obserwacji⁶⁷.

⁶⁵ M. MADEJOWA: *Współczesna polska norma językowa w zakresie wymowy samogłosek nowszych*. „Studia Phonetica Posnaniensia”, nr 1/1987, s. 31–35.

⁶⁶ B. TOCZYSKA: *Głośno i wyraźnie...*, s. 430–448.

⁶⁷ A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Impuls, Kraków 2008, s. 17 (podkr. D.P.-W.).

Trudno zgodzić się ze stanowiskiem autorki, że to logopeda za każdym razem – badając pacjenta – wyznacza swoistą normę w postaci własnego i – dodajmy – wielce subiektywnego odczucia polegającego na rejestracji pola własnej uwagi związanego z wymową badanego mówcy. Inne opracowania autorki⁶⁸ potwierdzają pewną niejasność przyjętych kryteriów badania wymowy, a także preferencję jej słuchowej oceny. Oznacza to pomijanie sprawdzenia budowy artykulacyjnej głoski ze względu na np. miejsce i sposób utworzenia szczeliny artykulacyjnej.

Jak przypuszczam, źródeł przyjęcia takich kryteriów badania należy szukać w stanowisku J.T. Kania, który jeszcze w latach 60. ubiegłego wieku formułował tezy na temat podstaw i sposobu badania wymowy, a także terapii dyslalii. W roku 1975 została opublikowana propozycja autora dotycząca podziału wad wymowy z wykorzystaniem 3 kategorii: elizje, substytucje i deformacje⁶⁹ (była już o tym mowa w p. 2.2.1). Sformułowane przez autora tezy dotyczące trójpodziału wad wymowy są obiektem polemiki, o czym również była już mowa. Jestem głęboko przekonana, że gdyby J.T. Kania żył – w obliczu nowych badań zaburzeń realizacji fonemów – zweryfikowałby swoje poglądy. Wszak wszyscy stale się uczymy.

Ważne miejsce w polskiej logopedii zajmuje Bronisław Ročławski, którego publikacje przyczyniły się do popularyzacji tezy o konieczności przyjęcia systemu fonemowo-fonetycznego w badaniach logopedycznych i działalności praktycznej. Opracowania autora przybliżają logopedom wiedzę na temat fonemu, głoski, inwentarza fonemów, istoty głosek podstawowych jako realizacji fonemu⁷⁰. Do tego systemu odwołuje się wielu badaczy wad wymowy.

⁶⁸ Autorka pisze: „O wymowie prawidłowej mówimy wówczas, gdy w spontanicznych wypowiedziach nie występują cechy odbiegające od skodyfikowanej normy ortofonicznej. Z tak postawionego problemu wynika, że obserwacja swobodnych wypowiedzi dziecka jest jednym z najistotniejszych elementów badania wymowy. Zwracamy przy tym uwagę zarówno na **brzmienie dźwięków**, jak i na **estetykę układu narządów artykulacyjnych**”. W innym miejscu zaś czytamy: „Jeśli jednak przyjmiemy prymarność kryterium słuchowego w ocenie poprawności artykulacyjnej, to **absolutna normatywność układu narządów mownych staje się niejako sprawą drugorzędną**. Ostateczne wątpliwości pod tym względem weryfikuje **praktyka** – do logopedy nikt nie zgłasza się z nietypowym (nienormatywnym) układem języka, który i tak często jest niewidoczny (np. przy dentalizacji), a zgłosi się wówczas, gdy głoska brzmi niedobrze” (A. SOŁTYS-CHMIEŁOWICZ: *Zaburzenia artykulacji...*, s. 42, s. 69, podkr. D.P.-W.). Polemikę z takim stanowiskiem przeprowadziłam w opracowaniu: *Dyslalia. Mity i rzeczywistość...*, s. 65–82 (w druku). Zob. także: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*

⁶⁹ J.T. KANIA: *Podstawy językoznawczej klasyfikacji zaburzeń mowy...*; J.T. KANIA: *Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji*. „Biuletyn Fonograficzny”, nr 8/1967. Przedruk w: J.T. KANIA: *Szkice logopedyczne...*, s. 175–192.

⁷⁰ B. ROČŁAWSKI: *Nauka czytania i pisanie*. Glottispol, Gdańsk 1989; B. ROČŁAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim...*; B. ROČŁAWSKI: *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*. WSiP, Warszawa 1986; B. ROČŁAWSKI: *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Glottispol, Gdańsk 2005. Por. J. CIESZYŃSKA: *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*. Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2001.

Istotnym aspektem kształtowania się lingwistyczno-logopedycznych podstaw diagnozy i terapii dyslalii jest rodząca się potrzeba ustalenia normy wymawianiowej za pomocą badań empirycznych. Prekursorką badań fonetycznych z użyciem współczesnego nowoczesnego instrumentarium jest Anita Lorenc – językoznawca i logopeda. Wraz z Radosławem Święcińskim w 2009 roku autorka przedstawiła wyniki badań wymowy grzbietowej za pomocą artykulografu⁷¹, a w 2016 roku badania samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej⁷². Autorka podjęła się niełatwego zadania, jakim jest ustalenie normy wymawianiowej spółgłosek nosowych i spółgłoski bocznej. W swoich badaniach użyła nowoczesnej aparatury badawczej⁷³. Warto podkreślić, że to właśnie ze środowiska logopedycznego wypłynęła inicjatywa i projekt badań dotyczący normy artykulacyjnej. Osobiście mnie to nie dziwi, gdyż to właśnie konieczność prowadzenia diagnozy i terapii zaburzeń wymowy w swoisty sposób wymusza refleksję dotyczącą pytania – do czego mam porównywać słuchaną i obserwowaną artykulację, a dalej – w jaki sposób opisywać wymowę, ale także jakich głosek uczyć pacjenta⁷⁴. Stąd już niedaleka droga do pytań o warunki uzyskania podczas terapii normy artykulacyjnej i metod jej badania.

Badania A. Lorenc pokazały, że nowoczesne, budzące podziw instrumentarium nie rozwiązuje jednak wszystkich problemów związanych z badaniem wymowy, gdyż pewne cechy artykulacji są dostępne jedynie podczas badania logopedycznego z wykorzystaniem wzroku, np. uformowanie kształtu języka ze względu na szerokość i symetryczność jego pracy, a także praca samego apeksu. Te cechy wymowy można oceniać za pomocą bezpośredniego badania pacjenta.

Polskie badaczki systemu fonetycznego wywodzące się z logopedii – D. Pluta-Wojciechowska i B. Sambor – korzystając z ujęcia funkcjonującego w glottodydaktyce, badały zjawisko pozycji narządów zwane w skrócie Inter-Speech w odniesieniu do osób z prawidłowymi warunkami anatomicznymi i czynnościowymi

⁷¹ A. TROCHYMIUK, R. ŚWIĘCIŃSKI: *Artykulograficzne badanie wymowy grzbietowej. Studium przypadku*. „Logopedia”. T. 38/2009, s. 173–201.

⁷² A. LORENC: *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2016.

⁷³ Wykorzystane instrumentarium badawcze obejmowało artykulograf AG500, trzy szybkie kamery przemysłowe, 16-kanalowy rejestrator audio wraz z kołową macierzą mikrofonową. Zob. A. LORENC: *Wymowa normatywna...*

⁷⁴ Zob. cechy realizacji fonemu /l/ wykryte w badaniach przez A. Lorenc (A. LORENC: *Wymowa normatywna...*), a wyniki badań Barbary Ostapiuk (B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*, Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2013; B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidelku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2013), jak również mój komentarz na ten temat: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Recenzja książki Anity Lorenc pt. Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2016. „Logopedia”. T. 45/2016, s. 378–386.

oraz w przypadku ich odmienności. Śródwymawianiowa pozycja narządów mowy (zwana w skrócie Inter-Speech, I-S) ma związek z cechami głosek danego systemu fonetycznego. Termin ten pojawia się w literaturze dotyczącej uczenia się kolejnego języka⁷⁵. Inter-Speech opisywana jest jako śródwymawianiowa pozycja narządów mowy, która jest przez nie przyjmowana podczas „niemówienia” w sytuacji niezakończenia wypowiedzi werbalnej – co w pewien sposób nawiązuje do problematyki badawczej Sławomira Śniatkowskiego⁷⁶, Tomasza Woźniaka⁷⁷, Mirosława Michalika⁷⁸. Autorki proponują utworzenie polskiego odpowiednika anglojęzycznego terminu: *śródwymawianiowa pozycja narządów mowy*. Obserwuje się ją podczas pauz niewypełnionych oraz wypełnionych (zob. uwagi poniżej) i – co istotne – w myśl współczesnej wiedzy językoznawczej ma ona związek z cechami systemu fonologicznego i fonetycznego danego języka⁷⁹. Pauza niewypełniona to przyjęcie przez narządy mowy pewnej pozycji w czasie, kiedy nie jest tworzona wypowiedź werbalna, ale sama wypowiedź nie jest jeszcze zakończona. Pauza wypełniona zaś to także przyjęcie przez narządy mowy pozycji w czasie, kiedy nie jest tworzona wypowiedź werbalna, ale przyjęta pozycja narządów łączy się z wydobyciem dźwięku. Obie pauzy powstają podczas niemówienia, ale takiego, które łączy się generalnie z tworzeniem wypowiedzi werbalnej. Jest to zatem pewna krótka przerwa w mówieniu – wtedy, gdy powstaje wypowiedź werbalna⁸⁰.

⁷⁵ B. HONIKMAN: *Articulatory settings*. In: *In Honour of Daniel Jones*. Eds. D. ABERCROMBIE, D.B. FRY, P.A.D. MACCARTHY, N.C. SCOTT, J.L.M. TRIM. Longmans, London 1964, s. 73–84; B. GICK, I. WILSON, K. KOCH, C. COOK: *Language-Specific Articulatory Settings: Evidence from Inter-Utterance Rest Position*. „Phonetica”. Vol. 61/2004, s. 220–233; T. ODLIN: *Language transfer: cross-linguistic influence in language learning*. Cambridge University Press, Cambridge 1993; P. BADIN, T.R. SAWALLIS, S. CRÉPEL, L. LAMALLE: *Comparison of articulatory strategies for a bilingual speaker: Preliminary data and models*. Cologne 2014; http://www.gipsalab.fr/~pierre.badin/PublisPDF_Badin_Endnote/Badin_Sawallis_Crepel_Lamalle_Bilinguism_Correct_ISSP10_2014.pdf 50; I. WILSON, B. GICK: *Bilinguals use language-specific articulatory settings*. „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”. Vol. 57/2014, s. 361–373. Zob. badania R. ŚWIECIŃSKIEGO: *Articulatory setting in Polish and its implications for teaching English pronunciation to Poles*. „Zeszyty Naukowe PWSZ w Koninie”. T. 1 (4)/2004, s. 141–150.

⁷⁶ S. ŚNIATKOWSKI: *Milczenie i pauza w gramatyce nadawcy i odbiorcy. Ujęcie lingwoedukacyjne*. Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2002.

⁷⁷ T. WOŹNIAK: *Niepłynność mówienia*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012, s. 549–565.

⁷⁸ M. MICHALIK: *Niemówienie jako problem lingwistyczny, kulturowy i szkolny. Uwagi neurolingwisty*. W: *Synergia. Mowa – Terapia – Wychowanie*. Red. M. MICHALIK, A. HETMAN. Wydawnictwo Pasaże, Jastrzębie-Zdrój-Kraków 2013, s. 9–19; M. MICHALIK: *Niemówienie, milczenie, przemilczenie, pauza, czyli wielkie nic w teorii i praktyce logopedycznej*. W: *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*. Red. I. JAROS, R. GLIWA. Wydawnictwo UŁ, Łódź 2016, s. 79–94.

⁷⁹ B. GICK, I. WILSON, K. KOCH, C. COOK: *Language-Specific Articulatory Settings...*, s. 220–233.

⁸⁰ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *Pomiędzy słowem, frazą i zdaniem, czyli o śródwymawianiowej pozycji artykulacyjnej zwanej Inter-Speech u osób z i bez dyslalii obwodowej*.

Opisana pozycja jest związana z pewną gotowością narządów, np. języka, do szybkiego przemieszczania się w strefy artykulacji głosek danego systemu fonetycznego. A zatem śródwymawianiowa pozycja narządów wiąże się obligatoryjnie z głoskami danego języka. Oznacza to w kontekście procedury diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów konieczność uwzględniania jej podczas podejmowanych działań w stosunku do pacjenta – prowadzenia diagnozy i terapii.

Badaczki porównały pozycję Inter-Speech (biorąc pod uwagę ułożenie języka) u osób z zaburzeniami realizacji fonemów warunkowanych obwodowo i osób z prawidłowymi warunkami anatomiczno-czynnościowymi. Badania obejmowały 51 osób, u których występowała wada wymowy oraz zaburzenia o charakterze anatomicznym i/lub czynnościowym (ankyloglosja, wada zgryzu, niedrożność nosa, zaburzenia połykania, oddychania, parafunkcje), a także drugą grupę – 35 osób z prawidłowymi warunkami anatomiczno-czynnościowymi narządów mowy, chociaż u niektórych występowały drobne odstępstwa w ustawieniu zębów.

Autorki założyły, że w grupie osób z normą anatomiczno-czynnościową będzie występowała nie tylko normatywna realizacja fonemów, ale także związana z głoskami normatywnymi – normatywna pozycja Inter-Speech języka. Odnalezienie grupy badawczej, która prezentowałaby prawidłowe warunki anatomiczno-czynnościowe, nie było łatwe, z pewnością była to także trudność, której doświadczyła A. Lorenc. Badaczki zdecydowały, aby w grupie badawczej znalazły się osoby z drobnymi odstępstwami w ustawieniu zębów. Autorki przyjęły w badaniach system fonemowo-fonetyczny B. Ročławskiego, a także – badając wymowę – wykorzystały metodę analityczno-fonetyczną, co oznacza również słuchowo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalną ścieżkę oceny wymowy⁸¹. Hipoteza badaczek, że w grupie osób z normą biologiczną zostanie odnaleziona normatywna realizacja fonemów, okazała się w pewnym zakresie fałszywa⁸². Wyniki badań polskiej pozycji Inter-Speech języka zostały omówione

W: *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej*. Red. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2017, s. 169–189.

⁸¹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Analityczno-fonetyczna ocena realizacji fonemów w logopedii*. W: *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*. Red. M. KUROWSKA, E. WOLAŃSKA. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2015, s. 64–78.

⁸² Autorki piszą: „[...] u czterech osób odnotowałyśmy bardzo drobne odstępstwa od normy wymawianiowej, takie jak: nieznacznie bardziej aktywna vibracja jednej strony przy realizacji fonemu /r/, niedostateczna aktywność górnej wargi w realizacjach fonemów dwuwargowych, udział słowione realizacje fonemów miękkich dentalizowanych. Komentując przyczyny tego zjawiska, uważamy, że z pewnością istnieją jakieś powody uzyskiwania takich realizacji, ale obecny stan naszej wiedzy na ten temat nie umożliwia w sposób jednoznaczny wskazania czynnika patogenego. Mogą nim być m.in. asymetrie płaszczyzny zgryzowej, wzajemne relacje kości gnykowej i języka (co jest trudne w ocenie podczas badania logopedycznego), wady postawy, drobne niuanse w napięciu mięśni języka, doświadczenia czynności prymarnych lub wędzidełko o nietypowej budowie

w p. 4.2.3.5. Na uwagę zasługuje fakt, że badania tej pozycji narządów, obligatoryjnie związanej z systemem fonetycznym danego języka, narodziły się w środowisku logopedycznym.

Podsumowanie. Polska logopedia w wymiarze teoretycznym i praktycznym nie jest jednolita, jeśli brać pod uwagę przyjmowane kryteria badania realizacji fonemów. Wyraża się to generalnie w dwóch paradygmatach badania wymowy – jeden uwzględnia propozycję J.T. Kania związaną z podziałem na substytucje i deformacje oraz słuchową oceną wymowy⁸³, co znajduje odzwierciedlenie np. w publikacjach np. A. Sołtys-Chmielowicz⁸⁴, drugi zaś, przyjmując wyznaczone normy wynikające z systemu fonemowo-fonetycznego, uwzględnia ocenę każdej cechy fonetycznej badanej realizacji fonemu. Drugie podejście do badania realizacji fonemów wiąże się z oceną nie tylko za pomocą słuchu, ale także wzroku, a nawet dotyku i prowadzenia pewnych eksperymentów.

2.2.2.2. Badanie wymowy

Od oceny słuchowej do oceny słuchowo-wzrokowej czy słuchowo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalnej

W *Encyklopedii języka polskiego* pod redakcją Stanisława Urbańczyka czytamy:

Fonetyka (dawniej używany termin: głosownia) jest działem językoznawstwa zajmującym się badaniem **fizycznych właściwości sygnałów mowy**. Sygnały mowy mogą być badane z punktu widzenia sposobu ich wytwarzania (f. artykulacyjna), ich akustycznej budowy (f. akustyczna) bądź ich odbioru przez człowieka (f. audytywna i percepcyjna)⁸⁵.

Zgodnie z przyjętą definicją fonetyki dźwięki mowy mogą być badane z rozmaitej perspektywy i – co za tym idzie – za pomocą różnych metod, w tym z użyciem instrumentarium dostępnego w nowoczesnym laboratorium fonetyka, o czym była już mowa w rozdziale 1. Podstawową formą badania wymowy

czy usytuowaniu” (D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *Pomiędzy słowem, frazą i zdaniem...*, s. 185).

⁸³ J.T. KANIA: *Podstawy językoznawczej klasyfikacji zaburzeń mowy...*; J.T. KANIA: *Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji...*

⁸⁴ A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Wymowa dzieci przedszkolnych*. Wydawnictwo UMCS 1998, s. 23; A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Impuls, Kraków 2008. Niektórzy autorzy nie podają metody oceny wymowy, co utrudnia porównywanie wyników badań. Zob. p. 4.2.3.3, 5.1.

⁸⁵ R. ŁASKOWSKI: *Fonetyka* (hasło). W: *Encyklopedia języka polskiego*. Red. S. URBAŃCZYK. Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wrocław–Warszawa–Kraków 1992, s. 80 (podkr. D.P.-W.).

w przypadku działalności praktycznej w logopedii jest jednak spotkanie specjalisty z pacjentem w gabinecie, w którym nie ma nowoczesnych urządzeń. W takiej sytuacji logopeda dysponuje swoimi zmysłami, jak również wiedzą na temat cech dźwięków mowy z perspektywy fonetyki i – co się z tym wiąże – fizjologii ich tworzenia.

Na wstępie można zadać pytanie, jakie są możliwości percepcji dźwięków mowy przez człowieka i czy są one wystarczające, aby móc dostrzec niuanse brzmieniowe docierających do niego dźwięków i w ten sposób oceniać budowę artykulacyjną głosek? Wiktor Jassem przypomina, że ucho ludzkie ma ograniczone możliwości dostrzegania drobnych odmienności słyszanych dźwięków⁸⁶, a Ida Kurcz wskazuje na różnice w percepcji głosek w zależności od ich rodzaju (np. samogłoski, głoski dentalizowane i zwarto-wybuchowe). Dla przykładu, cechy głosek zwarto-wybuchowych utrudniają rozpoznawanie za pomocą słuchu ich ewentualnych odmienności budowy artykulacyjnej; dostrzeżenie takich różnic jest łatwiejsze w przypadku spółgłosek dentalizowanych⁸⁷. Barbara Sambor zauważa jednak:

[...] zależy to również do pewnego stopnia od wrażliwości i poziomu świadomości fonetycznej odbiorcy [...] odstępstwa od normy w przypadku tych głosek, choć audytywnie nieznaczne, mówią wiele o całej motoryce artykulacyjnej badanej osoby (przykładem może być boczna realizacja fonemu /k/ lub dorsalna realizacja /t/ – por. Sambor 2014/2015). Podstawą opisu głosek wadliwych jest więc bezwzględna znajomość budowy artykulacyjnej głosek prawidłowych i zachodzących między nimi interakcji⁸⁸.

Istotne jest zatem poznanie realizacji wszystkich fonemów – także tych, które wydają nam się w ocenie słuchowej „dobre czy dość dobre”. Motywacją dla takiej strategii postępowania jest konieczność zdobycia wiedzy na temat rodzaju motoryki, będącej u podstaw zaburzeń wymowy nie tylko pojedynczej głoski, ale całego systemu fonetycznego. Można powiedzieć jeszcze inaczej: trudno, aby dziecko zaczęło chodzić i biegać, jeśli wcześniej nie potrafiło stać (zob. p. 4.3.5.2 dotyczący architektury zaburzonego systemu fonetycznego, związków pomiędzy głoskami). Badania z wykorzystaniem artykulografu, które prowadzili A. Trochymiuk i R. Święciński⁸⁹, na temat wymowy grzbietowej wykazały, że:

Ta cecha wymowy [grzbietowości – D.P.-W.] związana jest z ogólnymi zmianami w ustawieniu artykulacyjnym narządów mowy odbiegającymi od nor-

⁸⁶ W. JASSEM: *Podstawy fonetyki akustycznej*. PWN, Warszawa 1973, s. 107.

⁸⁷ I. KURCZ: *Psycholingwistyka*. PWN, Warszawa 1976, s. 129.

⁸⁸ B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*, s. 42.

⁸⁹ A. TROCHYMIUK, R. ŚWIĘCIŃSKI: *Artykulograficzne badanie mowy grzbietowej. Studium przypadku*. „Logopedia”. T. 38/2009, s. 173–202.

matywnej bazy artykulacyjnej dla języka polskiego (por. Święciński, 2004) i uwidacznia się w realizacji **wszystkich głosek** wymawianych przez badaną pacjentkę⁹⁰.

To ważne ustalenia badaczy, lecz są wyjątkiem w obliczu braku ocen wadliwej wymowy za pomocą instrumentarium. Dobrze byłoby jednak połączyć ocenę wymowy za pomocą urządzeń z badaniem wymowy, jakie prowadzi logopeda w gabinecie, gdzie brak wskazanych przyrządów.

Rozważania na temat kryteriów oceny realizacji fonemów przedstawione w p. 2.2.2.1 łączą się z analizą praktycznych sposobów badania wymowy⁹¹. Słuchowa ocena wymowy lub preferencja tego sposobu badania jest uwzględniana w publikacjach np. Genowefy Demel⁹², Józefa Tadeusza Kani⁹³, Haliny Mystkowskiej⁹⁴, Hanny Rodak⁹⁵, Anny Sołtys-Chmielowicz⁹⁶, Anny Majewskiej-Tworek⁹⁷, Ewy Krajny, Małgorzaty Bryndał⁹⁸. W niektórych publikacjach brak jednoznacznej informacji, jak badać wymowę⁹⁹, np. H. Rodak w rozdziale na temat badania artykulacji pisze: „Oceny stopnia zrozumiałości wymowy dokonuje logopeda w toku postępowania diagnostycznego, którego podstawę stanowią dwa

⁹⁰ Ibidem, s. 199 (podkr. D.P.-W.).

⁹¹ Badacze dyslalii często wskazują na znaczenie zastosowania kwestionariusza obrazkowego, co jest dobrym zabiegiem w przypadku oceny wymowy u dzieci. Autorzy kwestionariuszy zazwyczaj nie wskazują, jaką metodą należy badać wymowę, pisząc, że dziecko ma nazywać obrazki. Pytanie pojawia się zatem takie: co ma w tym czasie robić logopeda: słuchać? czy słuchać i patrzeć? Stąd w analizach nie rozwijam wątku dotyczącego kwestionariuszy obrazkowych, gdyż traktuję je jako akcesorium do badania, a nie metodę samą w sobie. Zgadzam się, że wymowę należy badać, uwzględniając różne pozycje głoski, a także powtarzanie zdań, wyrazów, sylab lub czasami pojedynczych dźwięków (zob. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Analityczno-fonetyczna ocena realizacji fonemów w logopedii*. W: *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*. Red. M. KUROWSKA, E. WOLAŃSKA. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2015, s. 64–78; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 110–143).

⁹² G. DEMEL: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. WSiP, Warszawa 1978, s. 41.

⁹³ J.T. KANIA: *Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji...*, s. 175–192.

⁹⁴ H. MYSTKOWSKA: *Właściwości mowy dziecka sześć-, siedmioletniego*. PZWS, Warszawa 1970, s. 30–33.

⁹⁵ H. RODAK: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy, Warszawa 1992, s. 8.

⁹⁶ A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Zaburzenia artykulacji...*

⁹⁷ A. MAJEWSKA-TWOREK: *Rozwój sprawności artykulacyjnej dziecka w wieku przedszkolnym. Dialogowy test artykulacji*. Podręcznik. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin 2001.

⁹⁸ E. KRAJNA: *Doskonalenie artykulacji u dzieci przedszkolnych – wybrane zagadnienia*. „Logopedia”. T. 31/2002, s. 27–52; E. KRAJNA, M. BRYNDAL: *100-wyrazowy test artykulacyjny...*, s. 137–174.

⁹⁹ Np. J. STASIAK: *Postępowanie logopedyczne w przypadku dyslalii*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Podręcznik akademicki..., s. 227–236; I. STYCZEK: *Logopedia...* Należy jednak przypuszczać, że I. Styczek stosowała metodę słuchową oceny wymowy, o czym świadczą chociażby uwagi dotyczące zaburzeń artykulacji w przypadku ankyloglosji na s. 339.

elementy: wyszkolone, ‘fonetyczne’ ucho logopedy oraz test lub kwestionariusz artykulacyjny”¹⁰⁰.

Trudno się zgodzić ze stwierdzeniem, że do oceny wymowy wystarczy tylko „wyszkolone ucho” logopedy w szczególności na potrzeby diagnozy, na której opiera się terapia. Jak zatem oceniać cechy fonetyczne badanych realizacji fonemów, skoro one mają być przedmiotem rozpoznania? Odpowiedź na to pytanie została już częściowo udzielona w rozdziale 2, p. 2.2.1., 2.2.2.1: nie wystarczy słuchać, ale trzeba także patrzeć, również do wnętrza jamy ustnej w celu potwierdzenia bądź wykluczenia cech słyszanej fonacji. Prekursorką oceny słuchowo-wzrokowej w takim wymiarze jest B. Ostapiuk, a sposób autorki dopełnia D. Pluta-Wojciechowska, wskazując na metodę słuchowo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalną¹⁰¹. Oznacza to, że występujące w badanej głosce cechy fonetyczne są oceniane z wykorzystaniem ścieżki wielozmysłowej – słuchu, wzroku, dotyku, a także łączą się z przeprowadzaniem pewnych prób – eksperymentów¹⁰². Wiele z współczesnych badań zaburzeń realizacji fonemów wykorzystuje słuchowo-wzrokową ocenę realizacji fonemów, a setki studentów logopedii i uczestników rozmaitych warsztatów zostaje zapoznanych z odmiennym od słuchowego paradygmatem badania.

Jeśli zaufamy tylko swojemu słuchowi i ten zmysł wykorzystamy w badaniu, to popełnimy błędy. Dla ilustracji niewystarczalności metody słuchowej proponuję studentom logopedii, a także doświadczonym logopedom, następujący eksperyment. Zasłaniam sobie usta i proszę, aby oceniali realizację fonemu /l/ w sylabach z samogłoską [a], przy czym w kolejnych próbach (a jest ich np. 6) w różny sposób realizuję fonem /l/: np. językowo-wargowy, międzyzębowy, z asymetrycznym ułożeniem języka, dorsalnie. Nie zdarzyło się, aby w grupie znalazła się chociaż jedna osoba, która rozpoznałaby, w jaki sposób wymawiam wszystkie sylaby. Co więcej, zazwyczaj otrzymuję informację, że prawidłowo wymawiałam wszystkie lub większość prezentowanych sylab. Jakie jest zdziwienie słuchaczy, także doświadczonych logopedów, gdy po takim badaniu odsłaniam usta i pokazuję, w jaki sposób wymawiałam głoski. Doświadczenie to uświadamia, że ucho ludzkie nie jest w stanie różnicować drobnych niuansów brzmieniowych docierających dźwięków mowy, dlatego ocena słuchowa nie jest

¹⁰⁰ H. RODAK: *Terapia dziecka z wadą wymowy...*, s. 8. Na s. 17 tego opracowania autorka pisze w kontekście badania „z udziałem silnych bodźców audiowizualnych”, że badacz zwraca uwagę „na wybrany aspekt tworzonego dźwięku np. na ułożenie warg, sposób wydobywania się strumienia powietrza, ułożenie i ruch języka etc.” (podkr. D.P.-W.).

¹⁰¹ Należy podkreślić, że logopeda w gabinecie nie ma urządzeń do oceny wymowy, dysponuje jednak swoimi zmysłami i wiedzą o artykulacji, co powinien umiejętnie wykorzystać podczas badania wymowy.

¹⁰² D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Analityczno-fonetyczna ocena realizacji fonemów w logopedii*. W: *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*. Red. M. KUROWSKA, E. WOLAŃSKA. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2015, s. 64–78; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 118–121.

wystarczająca. Gdyby słuchacze zaangażowali wzrok podczas takiego eksperymentu, to z pewnością zauważyliby, jeśli nie wszystkie, to większość wadliwie wykonywanych ruchów języka prowadzących do powstania nienormalnych głosek. Przypuszczam też, że I. Styczek korzystała ze słuchowej oceny wymowy, formułując opinię o rodzajach głosek artykułowanych wadliwie w przypadku ankyloglosji¹⁰³.

Adwersarz opisanego stanowiska powie: „Po co nam taka dokładna ocena wymowy, skoro docierające dźwięki w uchu słuchacza brzmią prawidłowo? Wszak ważna jest zrozumiałość mowy”. Takie opinie słyszałam nie raz z ust np. lekarzy, co więcej – także od niektórych logopedów. Jeśli przyjmujemy takie stanowisko, to okaże się, że – w obliczu nieposługiwania się normą fonetyczną jako punktem odniesienia podczas badania – logopedzi będą stosować różne kryteria podczas oceny artykulacji, np. zrozumiałość mowy, komunikatywność, podobieństwo (jakie: małe? duże?) do własnego słuchowego wzorca normalnej głósłki. Logopeda w sposób indywidualny i dodajmy wielce subiektywny wyznaczałby zatem granice określające, czy badana głósłka mieści się w „jego normie”, czy też nie. Dołączenie do oceny słuchowej wzroku pozwala natomiast na pewną obiektywizację badania, wszak w gabinecie logopedy nie ma innych możliwości oceny wymowy niż korzystanie ze swoich zmysłów i wiedzy o artykulacji.

Wiele lat temu odpowiadałam na postawione powyżej pytanie, twierdząc, że w diagnozie wad wymowy istotna jest ocena całego systemu fonetycznego badanej osoby ze względu na głósłki podstawowe, ponieważ istnieją powiązania pomiędzy nimi. Chodzi o zaobserwowanie odzwierciedlonych w analizach tendencji, które dotyczą np. powtarzania się pewnej nienormalnej cechy fonetycznej w realizacjach różnych fonemów (np. asymetryczny układ języka widoczny przy realizacji wszystkich fonemów dentalizowanych) lub też pewnej podatności niektórych głósłek na nieprawidłową artykulację¹⁰⁴. Opisane przeze mnie zjawiska znalazły potwierdzenie w badaniach Barbary Sambor, która ustaliła m.in. współwystępowanie wadliwej realizacji fonemów /s/, /z/, /c/, /i/ z wadliwą realizacją fonemów /t/, /d/, /n/¹⁰⁵. Jeśli wyniki takich analiz skonfrontujemy z ruchem narządów mowy podczas tworzenia nienormalnej cechy fonetycznej, poznamy jednocześnie istotę trudności pacjenta. Co więcej, możemy ustalać rodzaje najczęściej występującej nienormalnej cechy fonetycznej lub cech fonetycz-

¹⁰³ I. STYCZEK: *Logopedia...*, s. 339.

¹⁰⁴ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: „Wymiary głósłki” – jako istotne elementy poznania – podstawą kategoryzacji dyslalii. *Próba opisu*. „Logopedia”. T. 36/2007, s. 51–76. Przedruk w: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O niektórych podobieństwach i różnicach w logopedycznych badaniach normy i patologii*. W: *Afaza i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia*. Red. M. MŁYNARSKA, T. SMEREKA. Podyplomowe Studium Logopedyczne Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2007, s. 397–405.

¹⁰⁵ B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*

nych i w ten sposób objąć analizą cały system fonetyczny danej osoby. Efektem takich analiz będzie poznanie motoryki np. języka, która wyznacza tworzenie głosek w całym systemie fonetycznym danej osoby lub tylko jego części.

Podsumowanie. W polskiej logopedii funkcjonują co najmniej dwie metody oceny realizacji fonemów: słuchowa i słuchowo-wzrokowa lub słuchowo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalna. Pierwsza z nich funkcjonuje co najmniej od 1975 roku (jeśli uznamy, że początkiem jej stosowania jest publikacja J.T. Kani z 1975 roku; myślę jednak, że tak oceniano wymowę także wcześniej), a nowsze sposoby badania wymowy – powstałe jako wynik niewystarczalności słuchowej oceny wymowy – początek mają w 1997 roku.

Istotna wydaje się następująca konkluzja dotycząca metody oceny wymowy: trudno jest porównywać wyniki badania artykulacji powstałe z użyciem słuchu z wynikami badania tej samej cechy mowy z wykorzystaniem – oprócz słuchu – także innych zmysłów, co pozwala zobiektywizować postępowanie diagnostyczne. Stosując metodę słuchową, otrzymujemy uboższą informację o wymowie niż w przypadku włączenia jeszcze wzroku do badania, a przecież diagnoza jest bazą dla terapii. Chociaż niektórzy logopedzi badają artykulację jedynie za pomocą słuchu, nie oznacza to, że przyjęta przez nich strategia jest właściwa. Wszak wiedza stale się rozwija.

2.2.2.3. Opis wyników badania wymowy

Od wskazania liczby wadliwych głosek do opisu nienormatywnych cech fonetycznych głosek wadliwych w kategoriach patofonetyki

W zależności od wykorzystanej metody badania realizacji fonemów wyniki oceny będą w różny sposób odzwierciedlać cechy wymowy, co znajduje wyraz w językowej bądź niejęzykowej formie zapisu. Kluczowe znaczenie ma jednak metoda oceny wymowy, a zapis – ze względu na stawiane cele, np. potrzeby terapii, publikowanie czy prezentacja wyników badania poza granicami Polski – może być sporządzony w różny sposób: za pomocą nazwy nienormatywnej cechy fonetycznej, z pomocą piktogramów, z użyciem symboli. Zauważmy także, że aby wybrać np. znak transkrypcji fonetycznej¹⁰⁶ czy piktogram, badacz

¹⁰⁶ Zob. A. TROCHYMIUK, R. ŚWIECIŃSKI: *Symbole podstawowej transkrypcji Międzynarodowego Towarzystwa Fonetycznego (IPA) i jej rozszerzenia (ExtIPA)*. „Audiofonologia”. T. 25/2004, s. 97–132. Ostatnio ukazała się książka Piotra RYBKİ pt. *Międzynarodowy alfabet fonetyczny w sławistyce*. Wydawnictwo UŚ, Katowice 2015. To ważne opracowanie. W moim rozumieniu najważniejsze jest wykrycie rodzaju nienormatywnych cech występujących podczas realizacji danego fonemu, a zapis ma znaczenie drugorzędne. Poza tym zanim wybierzemy znaczek alfabetu fonetycznego, należy najpierw opisać za pomocą języka istotę głoski wadliwej. Jestem głęboko przekonana, że praktyka weryfikuje ten system zapisu. Potwierdzają to relacje wielu logopedów, którzy nie korzystają z możliwości, jakie stwarza transkrypcja fonetyczna. W końcu i tak znaj-

musi najpierw ocenić poszczególne cechy fonetyczne, opisać je za pomocą języka, a dopiero w dalszej kolejności wybiera medium zapisu, np. nazwy cech nienormalnych, znaki transkrypcji, piktogramy.

Aparat pojęciowy opisu wyników badania wymowy jest różnorodny i oscyluje w kierunku wskazywania nienormalnych cech fonetycznych, a odchodzenia od terminów, takich jak *dyslalia jednoraka*, *dyslalia wieloraka*, *substytucja*, *deformacja*¹⁰⁷. Zapewne wymienione w drugiej części zdania pojęcia są atrakcyjne poprzez swoją prostotę i łatwość wskazania rodzaju dyslalii ze względu na liczbę nienormalnie realizowanych fonemów czy przyporządkowania do jednej z wyróżnionych przez J.T. Kanię kategorii wadliwej wymowy. Nie oznacza to, że strategia trójpodziału wad wymowy jest właściwa. Rzecz w tym, aby opis wymowy był merytoryczny i nie sprowadzał się do wskazania liczby wadliwych głosek albo rodzaju wadliwie artykułowanych głosek. Taką „diagnozę” potrafi postawić nielogopeda¹⁰⁸. Jeśli logopedia ma być samodzielną dyscypliną naukową i działalnością praktyczną wynikającą z logopedycznych badań naukowych, powinna systematycznie i konsekwentnie tworzyć własny aparat pojęciowy, same zaś pojęcia powinny mieć jasno określony zakres i wynikać z prowadzonych badań. Warto przy tym podkreślić, że logopedia korzysta z pojęć innych nauk, ale może je także rozwijać i dopełniać.

Przykładem są terminy, jakie do polskiej logopedii, a zarazem do fonetyki, wprowadziły np. B. Ostapiuk, L. Konopska i D. Pluta-Wojciechowska, A. Lorenc, B. Sambor, które są logopedkami. Są to dla przykładu pojęcia zdefiniowane przez B. Ostapiuk, np. *dysbilabialność*, *dyslabiodentalność* itp.¹⁰⁹. Z kolei D. Pluta-Wojcie-

dzie się pacjent, w którego wymowie wystąpią cechy, jakich nie będzie można zapisać za pomocą instrumentarium alfabetu fonetycznego. Istnieje też ryzyko utraty pewnych danych poprzez kolejne poziomy abstrakcji. Każdy jednak ma prawo do wyboru sposobu zapisu wyników badania wymowy ze względu na własne cele i potrzeby.

¹⁰⁷ J. Stasiak pisze: „Klasyczną i wydaje się **najpowszechniej** stosowaną, choć też mającą swoje słabe punkty (niedającą odpowiedzi na wiele wątpliwych realizacji), jest propozycja J.T. Kani, zawierająca kryteria opisu realizacji jednostek inwentarza fonemów języka polskiego (opis osi paradygmatycznej języka) oraz zasad fonetyczno-fonologicznej struktury wyrazu (opis zniekształceń osi syntagmatycznej)”. Zob. J. STASIAK: *Postępowanie logopedyczne w przypadku dyslalii...*, s. 231 (podkr. D.P.-W.). Zastanawiam się, na jakiej podstawie autorka formułuje uwagę na temat popularności propozycji J.T. Kani (są już całe rzesze logopedów przeszkolonych w zakresie innego sposobu badania i opisu wadliwej wymowy). Nawet jeśli przyjmijemy, że interpretacja wad wymowy w ujęciu J.T. Kani jest najpopularniejsza, to nie znaczy, że jest najwłaściwsza.

¹⁰⁸ Jeśli matka przychodzi do logopedy i mówi „Moje dziecko nie mówi dobrze [r]”, a logopeda stwierdza „Dziecko ma dyslalię jednoraką”, to – zwróćmy uwagę – specjalista orzeka o wymowie dziecka, o istocie wady dokładnie to samo, ale używając innych słów. Nie trzeba być logopedą, aby stawiać takie diagnozy. Z podobną sytuacją mamy do czynienia, gdy logopeda na przytoczoną wypowiedź matki odpowiada: „Dziecko ma reranie, rotacyzm”. Rodzic wie przecież, że dziecko nieprawidłowo tworzy głoskę [r], co wynika z jego wypowiedzi.

¹⁰⁹ B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego...*, s. 117–136. B. OSTAPIUK: *Dyslalia...*

chowska, analizując obserwowane w praktyce fakty empiryczne i pragnąc uporządkować podstawy logopedycznej oceny realizacji fonemów w odniesieniu do osób z rozszczepem wargi i/lub podniebienia, zdefiniowała i opisała takie zjawiska jak: *lokacja* i *dyslokacja*, *modalność* i *dysmodalność*, *rezonansowość* i *dysrezonansowość*, *sonantyczność* i *dyssonantyczność*¹¹⁰. Warto podkreślić, że terminy te zrodziły się podczas badań wymowy osób z rozszczepem wargi i/lub podniebienia, gdy ich autorka napotykała trudności w uporządkowaniu teoretycznych podstaw diagnozy zaburzeń realizacji fonemów u osób z rozszczepem wargi i/lub podniebienia, a obserwowane w praktyce zjawiska należało po prostu nazwać. Wszak – zgodnie z tezą Johanna Gottfrieda Herdera – „język wyznacza granice naszego poznania”.

Terminy te wraz z propozycją B. Ostapiuk tworzą podwaliny systemu opisu głosek nienormatywnych (dzięki użyciu przedrostka *dys-*), co oznacza dopełnienie patofonetyki. Co więcej, jest to system otwarty, który może być wzbogacany o nowe nazwy wykrytych w trakcie badań zjawisk związanych z nienormatywnymi cechami fonetycznymi.

Wprowadzanie nowych terminów może budzić zdziwienie niektórych badaczy, w szczególności zaś tych, którzy nie są logopedami i nie są świadomi znaczenia nazwania nowymi terminami istotnych dla rozwoju danej nauki zjawisk. W logopedycznej refleksji na temat zaburzeń artykulacji – w szczególności w przypadku złożonych symptomów i skomplikowanej etiologii zaburzeń realizacji fonemów u osób z wadą rozszczepową – ważne było wskazanie, że wadliwość wymowy może dotyczyć różnych kategorii fonetycznych: miejsca artykulacji, sposobu artykulacji itd., ale także – patrząc z innej perspektywy – dwuwargowości, zwarto-wybuchowości, medialności itp. Żeby utworzyć syntetyczny termin ukazujący brak danej cechy, przyjęło się używać przedrostka *dys-*¹¹¹. Dlatego zrozumiałe stają się terminy utworzone przez wymienione badaczki. Mają one wymiar poznawczy i nie są jedynie ozdobnikami wyводу naukowego. Jeśli coś nazwiemy, staje się to lub stawać się może przedmiotem naszych myśli i analiz, co wprost wynika z przytoczonej tezy Herdera.

¹¹⁰ *Lokacja* to miejsce artykulacji, *modalność* to sposób artykulacji, *rezonansowość* to udział rezonatora nosowego, a *sonantyczność* to udział wiązań głosowych. Dzięki przedrostkowi *dys-* sporządzone nazwy odzwierciedlają zaburzenie realizacji fonemu w odniesieniu do danej kategorii fonetycznej. Dokładna analiza przedstawionej propozycji (wraz z dokładnymi definicjami) znajduje się w książkach: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej...* Przyjmuję ujęcie D. Ostaszewskiej i J. Tambor, które piszą: „[...] [twardość/miękkość to – D.P.-W.] pochodna wobec miejsca artykulacji, to znaczy każda spółgłoska środkowojęzykowa jest miękka i odwrotnie – każda spółgłoska o innym miejscu artykulacji jest twarda lub co najwyżej zmiękczona, czyli ma dodatkowe poboczne miejsce artykulacji” (D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii...*, s. 27–28). Oznacza to, że w opisie systemu spółgłoskowego wykorzystuję 4 wymienione kryteria.

¹¹¹ Przedrostek *dys-* oznacza „pierwszy człon wyrazów złożonych wskazujący na odwrotność, rozłączenie, np. *dyspalatalizacja*” (*Uniwersalny słownik języka polskiego...*).

Popularne i zazwyczaj cytowane w różnych publikacjach, a wywodzące się sprzed kilkudziesięciu lat typologie nienormatywnej realizacji fonemu /r/ czy fonemów dentalizowanych, zwanych odpowiednio rotacyzmem i sygmatyzmem, należałoby zweryfikować. Niezmiennie od lat popularyzowane klasyfikacje nie odzwierciedlają bowiem wyników współcześnie prowadzonych badań realizacji fonemu drżącego i fonemów dentalizowanych, nie mówiąc już o realizacjach innych fonemów¹¹². Np. w odniesieniu do rotacyzmu wymienia się często następujące typy: międzyzębowy, policzkowy, wargowy, dwuwargowy, wargowo-zębowy, podniebienny, gardłowy. Komentując sygmatyzm, wyróżnia się w wielu publikacjach logopedycznych (a także foniatrycznych) następujące rodzaje: międzyzębowy, wargowo-zębowy, przyzębowy, boczny, nosowy, podniebienny, krtaniowy, świszczący¹¹³. Co więcej, badacze nie wskazują wyników badań ukazujących, czy i w przypadku jakich zaburzeń występują poszczególne typy wadliwych realizacji fonemów dentalizowanych. Nie analizują zazwyczaj np. niejasności związanej z wyróżnieniem sygmatyzmu nosowego. Dla przykładu można sformułować tu pytanie: czy chodzi o zaburzenia rezonansu głosek dentalizowanych czy o tylne nosowe frykacje¹¹⁴? Innymi słowy, która kategoria cech jest wadliwa: rezonans czy miejsce artykulacji wraz z zaburzeniami rezonansu, a jeszcze dokładniej – czy jest to dyrezonansowość w formie nosowania otwartego, czy też dyslokacja i dyrezonansowość w formie nosowania otwartego?

Kolejny problem wiąże się z wyróżnieniem sygmatyzmu krtaniowego, który – jak wynika z mojej wiedzy i badań – może wystąpić u osób z rozszczepem podniebienia. W kontekście współcześnie prowadzonych operacji chirurgicznych ten rodzaj nienormatywnej realizacji fonemów dentalizowanych występuje jednak niezwykle rzadko. Jeśli już występują realizacje krtaniowe u osób z rozszczepem, dotyczą zazwyczaj fonemów zwarto-wybuchowych.

¹¹² Por. wyniki badań: L. KONOPSKA: *Desonoryzacja w dyslalii...*; L. KONOPSKA: *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej...*; B. SAMBOR: *Rotacyzm boczny międzyzębowy z zaburzeniami odgryzania, gryzienia, żucia*. „Forum Logopedyczne”, nr 21/2013, s. 109–115; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Logopedyczne badanie młodych adeptów...*, s. 460–485; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*

¹¹³ Por. D. ANTOS, G. DEMEL, I. STYCZEK: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*. WSiP, Warszawa 1971, s. 104–105, 144; A. PRUSZEWICZ: *Foniatria kliniczna*. PZWL, Warszawa 1992, s. 243–244; E. CZAPLEWSKA: *Diagnoza zaburzeń artykulacji*. W: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*. Red. E. CZAPLEWSKA, S. MILEWSKI. GWP, Sopot, s. 94–96.

¹¹⁴ Tylne nosowe frykacje występować mogą u osób z rozszczepem podniebienia i mają związek z niewydolnością podniebiennie-gardłową. Do nietypowych sposobów należą także zwarcia krtaniowe i gardłowe. Zob. J.E. TROST: *Articulatory additions to the classical description of the speech of persons with cleft palate*. „Cleft Palate Journal”, no. 18/1981, s. 193–203; R. WYATT, D. SELL, J. RUSSELL, A. HARDING, K. HARLAND, E. ALBERY: *Cleft palate speech dissected: a review of current knowledge and analysis*. „British Journal of Plastic Surgery”, no. 49/1996, s. 143–149. Zob. także D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej...*

U czytelnika opracowań na temat rodzajów sygmatyzmów może rodzić się przekonanie, że opisane typy seplenień – wymienione powyżej i przywoływane w wielu opracowaniach – są rzeczywiście najczęstsze (zresztą niektórzy autorzy tak piszą). Badacz dyslalii z łatwością dostrzeże nieadekwatność tych typologii do wyników analiz zaburzeń realizacji fonemów, jakie są przedmiotem publikacji Lilianny Konopskiej, Barbary Ostapiuk, Danuty Pluty-Wojciechowskiej, a także Barbary Sambor. Szanując dokonania przeszłych pokoleń, trudno jednak zrozumieć, dlaczego pomija się badania współczesne, a przywołuje stare typologie.

Podsumowanie. Myślę, że badacz – kierując się celem prowadzonych analiz – dokonuje wyboru, w jaki sposób pragnie zakodować wyniki oceny realizacji fonemów. Według mnie sposób zapisu jest drugorzędną kwestią, a najistotniejsze jest wykrycie istoty zaburzeń wymowy. W konstytuowaniu się logopedii jako nauki i działalności praktycznej istotne wydaje się, że został opracowany oparty na lingwistycznych podstawach paradygmat badania realizacji fonemów, który umożliwia zebranie największej liczby danych dotyczących wymowy badanej osoby (za pomocą badania prowadzonego w gabinecie), wyraźnie odróżnia się badanie logopedyczne od oceny wymowy przeprowadzanej przez lekarzy, a także zwykłych użytkowników języka. Dotyka on istoty rzeczy.

Lingwistyka zaoferowała logopedii katalog fundamentalnych pojęć, z którego młoda dyscyplina czerpie i które – także dla swoich potrzeb – rozwija. Logopedia jako młoda nauka jest jednak w stanie tworzenia własnego aparatu pojęciowego. Wyrasta on z potrzeb poznawczych i prowadzonych badań. Dla badacza i praktyka wprowadzane terminy wynikają z potrzeb nazwania występujących w praktyce zjawisk i mają na celu uporządkowanie przestrzeni empirycznej. To naturalna potrzeba naukowca. Należałoby jednak dbać, aby nowe terminy, wynikając z potrzeb naukowych czy praktycznych, były tworzone przez logopedów. Wszak to oni mają ich używać.

2.2.2.4. Logopedyczna wykładnia przyczyn zaburzeń

Zgodnie z fundamentalnymi tezami dotyczącymi diagnozy logopedycznej rodzaj nienormatywnego objawu realizacji fonemów może mieć związek z wadliwymi procesami realizacyjnymi, chociaż nie tylko¹¹⁵. Kolejnym krokiem po opisie symptomu zaburzeń jest wyjaśnienie przyczyn stwierdzonych odmienności¹¹⁶.

¹¹⁵ Istotne są bowiem – w przypadku pewnej klasy zaburzeń realizacji fonemów – także inne uwarunkowania, np. stan procesów percepcyjnych, struktur podkorowych i korowych, niniejsza publikacja nie dotyczy jednak tego typu zaburzeń mowy, dlatego „oświetlam” podyktowany tematem opracowania obszar problemów.

¹¹⁶ W związku z tym pojawia się wątpliwość, jaka jest faktyczna przyczyna tendencji wymawianowych współczesnej polszczyzny odnoszących się w szczególności do realizacji fonemów

W logopedycznej refleksji dotyczącej przyczyn zaburzeń odnajdujemy np. kategoryzację dyslalii Leona Kaczmarskiego profilującą czynniki etiologiczne zaburzeń wymowy: audiogenne, mechaniczne (czyli motoryczne), funkcjonalne (środowiskowe), centralne, sprzężone¹¹⁷; typologię Ireny Styczek wynikającą z uwzględnienia zewnątrzpochodnych i wewnątrzpochodnych przyczyn zaburzeń¹¹⁸; uporządkowanie dysfunkcji mowy w ujęciu S. Grabiasa¹¹⁹; klasyfikację H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Roży¹²⁰, a także typologię B. Ostapiuk: podział na alalię (dyslalię) pierwotną i alalię (dyslalię) wtórną¹²¹.

Teoria zaburzeń realizacji fonemów, którą tworzą polscy badacze dyslalii, uwzględnia zatem różne typologie, co tworzy oryginalny i unikalny dorobek polskiej myśli na temat wadliwej wymowy na tle logopedii światowej. Wydaje się, że zainteresowanie polskich badaczy zaburzeniami realizacji fonemów o typie obwodowym jest szczególne w obliczu potrzeb artykulacyjnych polskiego systemu fonetycznego. Wady anatomiczno-czynnościowe przestrzeni orofacialnej są także obecne u osób różnojęzycznych, w inny sposób i w innym zakresie będą jednak wpływać na wymowę głosek związanych z danym językiem, co ma związek z koniecznością uzyskania – określonych fonetyką danego języka – układu, pozycji i ruchów narządów mowy, np. ankyloglosja będzie w inny sposób wpływała na wymowę osób polskojęzycznych (np. możliwość uzyskania wibracji przy realizacji fonemu /r/), a w inny u osoby posługującej się językiem

/ć, ź, ś, ż/, nazywanych tak przez Magdalenę Osowicką-Kondratowicz – nie logopedę, jak wynika z mojej wiedzy (M. OSOWICKA-KONDRATOWICZ: *Tendencje wymawianiowe współczesnej polszczyzny*. W: *Logopedia artystyczna*. Red. B. KAMIŃSKA, S. MILEWSKI. Harmonia Universalis, Gdańsk 2016, s. 144–167). Opisane przez autorkę zjawisko „problemy z pełną realizacją palatalności sybilantów miękkich (różnego stopnia depalatalizacje)” – jak sądzę na podstawie badań – mogą być wynikiem ankyloglosji lub innej przyczyny obwodowej (zob. p. 4.2.3.4, a także badania B. Ostapiuk, L. Konopskiej, B. Sambor). Autorka nie podaje, na jakiej podstawie formułuje wnioski o tzw. tendencjach w realizacji fonemów /ć, ź, ś, ż/, a także kto i w jaki sposób oceniał wymowę badanych osób. Jeśli zastosowano jedynie słuchową ocenę wymowy i pominięto ocenę budowy narządów mowy i ich funkcji biologicznych, to opisane przez autorkę cechy realizacji fonemów /ć, ź, ś, ż/ mogą być w istocie skutkiem nieprawidłowej budowy narządów mowy lub ich funkcji, są zatem wadą wymowy o typie dyslalii obwodowej, o jakiej mowa w niniejszej monografii.

¹¹⁷ Program studiów logopedycznych. Red. L. KACZMAREK. Lublin 1981, s. 103. Za: A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Klasyfikacje dyslalii...*, s. 112.

¹¹⁸ I. STYCZEK: *Logopedia...*

¹¹⁹ S. GRABIAS: *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 3–20; S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*

¹²⁰ H. MIERZEJEWSKA, D. EMILUTA-ROŻYA: *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 37–48. Zob. D. EMILUTA-ROŻYA: *Formy zaburzeń mowy*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy...*, s. 73–87. Rozwinięcie tej typologii w: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*, s. 184–197.

¹²¹ B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 117–136; B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii...*

angielskim, w którym nie ma głoski vibracyjnej. Jeśli przyjmimy, że polska terminologia opisująca wady wymowy wymaga ujednolicenia i stworzenia spójnej typologii, to projekt taki wymaga podjęcia dyskusji w gronie specjalistów. Czy jednak ujednolicenie terminologii i typologii jest możliwe i potrzebne? A może bogactwo pojęciowe i nozologiczna wykładnia zaburzeń jest właśnie bogactwem polskiej logopedii? Każda z typologii „oświećla” inne aspekty poznawcze, co umożliwia szeroki ogląd badanego zjawiska.

Jednocześnie być może należy uwzględnić nowe – a niezbadane do tej pory – jednostki nozologiczne. Prowadzone badania referowane w rozdziale 4, a także doświadczenia własne, jak również zdobywane podczas prowadzenia logopedycznych prac licencjackich, magisterskich, dyplomowych i doktorskich, upoważniają do refleksji, że dotychczasową typologię dyslalii obwodowej najprawdopodobniej można będzie uzupełnić o kolejne formy zaburzeń wymowy (najpewniej niewystępujące w formie izolowanej), np. zaburzenia realizacji fonemów warunkowane asymetrią funkcjonalną ciała człowieka, wadami postawy (dyslalia posturalna?), wady wymowy wynikające z intencjonalnego rozdwojenia języka (dyslalia rozdwojenia języka?).

2.2.2.5. Nazwa jednostki zaburzeń mowy

Postępowanie diagnostyczne wieńczy wskazanie nazwy jednostki nozologicznej zaburzenia mowy (ma ono charakter wstępny), które występuje u pacjenta. Badacze w różny sposób określają rodzaj wadliwej wymowy. Dla jednych wykładnią jest interpretacja zaburzeń artykulacji, jaką przedstawił J.T. Kania, dla innych typy wadliwej wymowy w ujęciu L. Kaczmarka czy propozycja H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Roży. Zauważmy, że nie są to tożsame typologie, gdyż jedne dotyczą wskazania pewnych cech objawu, a inne przyczyn wadliwej wymowy.

Można przyjąć taką oto logikę sporządzania nazwy rodzaju zaburzenia: skoro pełna diagnoza obejmuje opis objawu i wskazanie przyczyn jego występowania, to takie podejście powinno być odzwierciedlone w syntetycznej nazwie zaburzenia mowy, które było przedmiotem badania. W zależności jednak od przyjętej konwencji i poziomu abstrakcji nazwa zaburzenia może przyjąć różne formy. Oznacza to uwzględnianie różnego poziomu ogólności w opisie objawu i przyczyny zaburzeń.

Jeśli przyjmimy, że dyslalia to zaburzenia realizacji fonemów, to w takim ujęciu termin *dyslalia* jest rozumiany jako symptom zaburzeń realizacji fonemów, co koresponduje z propozycją H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Roży, a stanowi odmiennność w odniesieniu do ustaleń I. Styczek i S. Grabiasa. Taka perspektywa umożliwia jednak dalsze uszczegółowianie rodzaju objawu i profilowanie przyczyn zaburzeń. Warto przy tym zauważyć, że propozycja autorek – podobnie jak w przypadku innych typologii – nie uwzględnia wszystkich aspektów badanego

zjawiska. Jak każda kategoryzacja jakiegoś fragmentu rzeczywistości, także związane z zachowaniami językowymi, również i ta oświetla pewne cechy badanego obszaru przez przyjęte kryterium podziału, a pewne właściwości pozostawia w cieniu¹²². Przyjmując koncepcję autorek, należy pamiętać, że np. w przypadku zaburzeń korowych mogą wystąpić zaburzenia innych niż system fonemowo-fonetyczny podsystemów języka.

W tabeli 3 przedstawiam różne możliwości ustalenia nazwy jednostki nozologicznej w przypadku nienormatywnej realizacji fonemu /r/ u pacjenta, u którego występuje zębowość w miejscu dźwiękowości (czyli dyslokacja), jednowibracyjność w miejscu wibracyjności (czyli dysmodalność), a także ankyloglosja (średnia, tylna) i zaburzenia oddychania (wraz z wadliwą pozycją spoczynkową języka, która jest przyzębowa) i połykania (pozycja przyzębowa) – czyli wada anatomiczna i zaburzenia czynności prymarnych. Przyjęte nazwy odnoszące się do symptomu i przyczyn zaburzeń prezentują różny poziom ogólności, co zostało przedstawione na schemacie, w którym przyjęto zasadę „od ogółu do szczegółu”.

Tabela 3

Przykłady opisu objawu i przyczyn zaburzeń realizacji fonemu /r/

Opis objawu	Opis przyczyny zaburzeń
Dyslalia	przyczyny obwodowe
Rotacyzm	przyczyny anatomiczne i czynnościowe
Rotacyzm o charakterze dyslokacji i dysmodalności	ankyloglosja, zaburzenia oddychania i połykania
Rotacyzm zębowy, jednowibracyjny	ankyloglosja średniego stopnia, tylna; przyzębowa pozycja spoczynkowa języka i połykanie

Źródło: Opracowanie własne.

¹²² Zob. komentarze Ronalda Langackera na temat figury i tła (R. LANGACKER: *Wykłady z gramatyki kognitywnej. Kazimierz nad Wisłą, grudzień 1993*. Red. H. KARDELA. Przeł. H. KARDELA, P. ŁOZOWSKI. Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 14–15), a także uwagi na temat sposobów kategoryzacji badanych zjawisk, jakie odnajdujemy w opracowaniach różnych autorów, np. G. LAKOFF, M. JOHNSON: *Metafory w naszym życiu*. Przeł. i wstęp. T.P. KRZESZOWSKI. PIW, Warszawa 1988; R. LANGACKER: *Foundations of Cognitive Grammar*. T. 1. Stanford University Press, Stanford 1987; R. LANGACKER: *Model dynamiczny oparty na uzusie językowym*. W: *Akwizycja języka w świetle językoznawstwa kognitywnego*. Red. E. DĄBROWSKA, W. KUBIŃSKI. Universitas, Kraków 2003, s. 30–117; R. GRZEGORCZYKOWA: *Filozoficzne aspekty kategoryzacji*. W: *Językoznawcza kategoryzacja świata*. Red. R. GRZEGORCZYKOWA. Wydawnictwo UMCS, Lublin 1996, s. 11–26; E. ROSCH: *Human Categorizations*. In: *Studies in Cross-Cultural Psychology*. Vol. 1. Ed. N. WARREN. Academic Press, Londyn 1977, s. 1–49; E. ROSCH: *Principles of categorization*. In: *Cognition and categorization*. Eds. E. ROSCH, B. LLOND. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey 1978, s. 27–48; E. ROSCH: *Prototype Classification and Logical Classification: The Two Systems*. In: *New Trends in Cognitive Representation: Challenges to Piaget's Theory*. Ed. E. SCHOLNICK. Hillsdale, New Jersey 1981, s. 73–86.

Nazwa jednostki nozologicznej uwzględniająca wiedzę płynącą z czynności badawczych związanych z diagnozą może zatem przyjąć różne formy. Prezentują one rozmaity sposób opisu objawu i przyczyny zaburzeń, np.:

- dyslalia obwodowa,
- rotacyzm obwodowy,
- rotacyzm zębowy, jednowibracyjny, obwodowy,
- rotacyzm zębowy, jednowibracyjny, anatomiczny i czynnościowy,
- rotacyzm zębowy, jednowibracyjny, ankyloglosyjny, związany z wadliwym oddychaniem i połykaniem,
- rotacyzm zębowy, jednowibracyjny, ankyloglosyjny (ankyloglosja średnia i tylna), związany z przyzębową pozycją języka podczas oddychania i połykania.

Ostatnia z przedstawionych propozycji jest najpełniejszą nazwą opisanego zaburzenia realizacji fonemów, chociaż – jak sądzę – w obliczu anomalii anatomicznej i zaburzeń czynności prymarnych najprawdopodobniej u pacjenta wystąpiłyby też zaburzenia realizacji innych fonemów, w szczególności dentalizowanych, a także fonemu /l/.

Podsumowanie. Nazwa jednostki nozologicznej zaburzenia mowy wieńczy czynności badawcze związane z diagnozą logopedyczną wraz z prowadzeniem analiz dotyczących różnicowania dysfunkcji mowy. Nie zawsze jesteśmy jednak w stanie szybko sformułować pełne rozpoznanie i pomimo niepełnej diagnozy – logopeda podejmuje terapię. Sposób przedstawienia nazwy zaburzenia w odniesieniu do konkretnego pacjenta może być różny, co wynika z przedstawionych analiz i ma związek z przyjętą przez badacza typologią dyslalii, a także łączy się z metodą badania wymowy, procesów percepcyjnych i warunków realizacyjnych oraz innych uwarunkowań mowy.

2.2.3. Transformacja sposobu terapii

Pomiędzy diagnozą a podejmowanymi działaniami aplikacyjnymi istnieje genetyczny związek, co oznacza postulat dopasowania terapii do diagnozy. Nasuwa się zatem następujące pytanie: czy dotychczasowy model terapii w przypadku zaburzeń realizacji fonemów o etiologii anatomicznej i/lub funkcjonalnej uwzględnia wyniki diagnozy, w której lingwistyczny opis symptomu wraz z biologiczną interpretacją przyczyn zaburzeń tworzy naturalną kanwę (wraz z innymi determinantami, jak np. preferencje pacjenta) dla projektowania terapii logopedycznej?

Literatura na temat terapii logopedycznej w przypadku zaburzeń realizacji fonemów jest różnorodna. Można w niej wyróżnić publikacje mające charakter podręczników, poradników, zestawów obrazków, z których autorzy zalecają korzystać podczas terapii. Nagromadzona wiedza na temat likwidowania wad wymowy ma często charakter intuicyjny i nie opiera się na badaniach, ale na włas-

nych przekonaniach, przypuszczeniach lub doświadczeniach autorów, co jest ważne, ale należy zweryfikować niektóre sposoby pracy proponowane przez autorów. Autorzy opracowań dotyczących metod terapii w przypadku dyslalii obwodowej nie przedstawili badań dotyczących efektywności proponowanych metod pracy (wyjątkiem są tutaj opracowania np. B. Ostapiuk na temat efektywności terapii w przypadku ankyloglosji i M. Łuszczuk – zob. p. 3.1). W niniejszym przeglądzie literatury na temat terapii uwzględnę wybrane pozycje badaczy, które ukazują ogólne kierunki postępowania podczas terapii proponowane przez różnych autorów.

Analiza publikacji na temat terapii wad wymowy nie jest łatwa, gdyż – w zależności od przyjętych kryteriów rozważań – może ona przybierać różną formę. Przyjmuję zatem, że rozpatrzeniu zostaną poddane następujące cechy terapii: cele i etapy terapii, nieartykulacyjne ćwiczenia narządów mowy (NĆNM), metody ćwiczeń wymowy, konieczność przestrzegania tzw. reguł metodycznych, efektywność metod proponowanych przez badaczy.

2.2.3.1. Cele terapii

W standardzie postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii Joanna Stasiak formułuje cel terapii jako „wypracowanie realizacji normatywnych”¹²³. Podobne ujęcie odnajdujemy u B. Ostapiuk, która pisze, że „celem postępowania terapeutycznego w każdym rodzaju dyslalii jest wprowadzenie prawidłowych dźwiękowych realizacji fonemów w miejsce wadliwych do mowy spontanicznej”¹²⁴. Podobne cele są wskazywane w innych publikacjach odnoszących się do likwidowania wad wymowy.

Zwróćmy jednak uwagę, że są osoby, których warunki anatomiczne nie pozwalają na uzyskanie wymowy zgodnej z normą artykulacyjną. Tak jest w przypadku np. osób z makroglosją, która z różnych powodów nie jest możliwa do operacji, stan po częściowej resekcji języka, a także w przypadku osób z ankyloglosją, które nie zgadzają się na przecięcie wędzidełka języka. W takim przypadku proponuję wykorzystanie strategii optymalizacji, którą opisałam w SMURF w sposób następujący:

W takim przypadku [chodzi o nieprawidłowe warunki anatomiczne, które nie są możliwe do usunięcia, np. niezgoda na przecięcie wędzidełka języka, pewne typy makroglosji – D.P.-W.] logopeda powinien rozważyć, jakie są konse-

¹²³ J. STASIAK: *Postępowanie logopedyczne w przypadku dyslalii*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015, s. 233.

¹²⁴ B. OSTAPIUK: *Postępowanie logopedyczne u osób z dyslalią i ankyloglosją*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego...*, s. 671.

kwencje występującej wady wymowy dla dalszego rozwoju fonetycznego i dla zrozumiałości mowy. Jeśli przynoszą one znaczne szkody w wymienionych zakresach, należy – w obliczu niemożliwości uzyskania głosek normatywnych z uwagi na warunki anatomiczne – rozważyć zmianę artykulacji głosek wadliwych na inne, także wadliwe, ale przynoszące mniej strat dla rozwoju fonetycznego oraz zwiększające zrozumiałość mowy. Takie podejście związane jest z wyborem najlepszych, optymalnych parametrów artykulacji w obliczu niemożliwości uzyskania normy z uwagi na cechy warunków anatomicznych, a także czynnościowych¹²⁵.

Z kolei A. Sołtys-Chmielowicz o celu terapii pisze w sposób następujący:

Aby komunikacja językowa mogła zachodzić, każdy z podsystemów języka powinien być realizowany **zgodnie z normami** obowiązującymi w danym społeczeństwie. Celem terapii jest więc nie tylko poprawienie wypowiedzi (przy substytucjach) oraz **estetyki** mówienia (przy deformacjach) w aspekcie słuchowym i wizualnym, lecz także wyeliminowanie wszelkich elementów artykulacyjnych, które **zwracają uwagę swoją odmiennością**¹²⁶.

Zestawiając ten komentarz z wcześniejszymi uwagami, które formułuje autorka na temat kryteriów i sposobu oceny wymowy, a zacytowanymi w niniejszej monografii (zob. p. 2.2.2.1), czytelnik ma niejasność, jakie są cele terapii w przypadku zaburzeń artykulacji. Mam też refleksję następującą: jeśli realizacja fonemów jest normatywna, to sposób tworzenia dźwięków mowy jest estetyczny i nie zwraca uwagi. Nieestetyczność mówienia jest przecież cechą pochodną w przypadku niektórych wad, np. międzyzębowości, która wiąże się z nienormalnym układem narządów mowy.

2.2.3.2. Etapy terapii

Autorzy opracowań na temat terapii w przypadku zaburzeń realizacji fonemów generalnie proponują, aby uwzględnić 3 etapy, a mianowicie: przygotowanie do wywołania głoski, wywołanie głoski, a następnie jej automatyzację (trójfazowa ścieżka terapii). Taki sposób postępowania jest zalecany przez większość badaczy, autorów poradników (podobne uporządkowanie terapii bywa też opisy-

¹²⁵ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 317.

¹²⁶ A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Impuls, Kraków 2008, s. 77 (podkr. D.P.-W.).

wane w literaturze obcojęzycznej (zob. p. 2.4)¹²⁷. Sama także niegdyś w ten sposób porządkowałam tok terapii¹²⁸.

Jednym z pierwszych autorów, którzy zaproponowali w Polsce taki styl pracy (za Ch. van Riperem), był – jak przypuszczam – J.T. Kania w 1975 roku. W opracowaniach umieszcza się także 9-stopniowe mierniki postępów terapii autorstwa Ch. van Ripera i J.V. Irwina¹²⁹, które można nazwać również fazami terapii. Są one następujące: wiem, jak wymówić dźwięk; wymawianie głoski w izolacji; następnie wymawianie głoski między samogłoskami; w nagłosie wyrazu; w śródgłosie wyrazu; w wygłosie wyrazu; podczas czytania; wymawianie dźwięku w poradni¹³⁰. Zwróćmy uwagę, że zaproponowana sekwencja pracy – jak należy sądzić – dotyczy spółgłosek. Propozycja autorów określa zatem ścieżkę postępowania: od wiedzy, jak wymówić dźwięk, do wymawiania dźwięku w mowie spontanicznej.

¹²⁷ Np. D. ANTOS, G. DEMEL, I. STYCZEK: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*. WSiP, Warszawa 1971; G. DEMEL: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. WSiP, Warszawa 1978; K. GOLDING-KUSHNER: *Therapy Techniques for Cleft Palate Speech and Related Disorders*. Singular Thomson Learning, Australia–Canada–Mexico–Singapore–Spain–United Kingdom–United States 2001; G. JASTRZĘBOWSKA, O. PELC-PĘKAŁA: *Diagnoza i terapia zaburzeń artykulacji (dyslalii)*. W: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo UO, Opole 1999, s. 727–753; J.T. KANIA: *Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej. Wybrane zagadnienia teoretyczne i praktyczne*. W: *Wybrane zagadnienia z defektologii*. T. 3. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1975. Przedruk w: J.T. KANIA: *Szkice logopedyczne*. PTL, Lublin 2001, s. 297–298; I. ŁYŻYCZKA: *Metody rehabilitacji wymowy u dzieci z rozszczepem podniebienia*. „Logopedia”. T. 13/1978, s. 54; J. GROSSMAN: *Metodyka leczniczo-rehabilitacyjna w przypadkach wieloukładowych zaburzeń mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia*. „Logopedia”. T. 11/1976, s. 35–36; IDEM: *Ćwiczenia zabawowe w rehabilitacji dzieci z rozszczepami podniebienia*. „Postępy Rehabilitacji”. T. 11/1997, z. 1, s. 74–77; K. VRTICKA: *Zasady leczenia foniatrycznego rozszczepów podniebienia z uwzględnieniem najkorzystniejszych okresów dla rehabilitacji wymowy*. „Czasopismo Stomatologiczne”. T. 17/1964, nr 3, s. 199–200; I. MICHAŁAK-WIDERA: *Terapia dyslalii*. W: *W świecie logopedii. Materiały dydaktyczne*. Red. A. PODSTOLEC, K. WĘSIERSKA. Wydawnictwo Agencja Artystyczna PARA, Katowice 2012; I. MICHAŁAK-WIDERA: *Miłe uszom dźwięki. Usprawnianie narządów mowy i ćwiczenia prawidłowego wymawiania głosek*. Wydawca Unikat, Katowice 2007, s. 10; A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Zaburzenia artykulacji...*, s. 77–88; E. SKOREK: *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Impuls, Kraków 2009; J. STASIAK: *Postępowanie logopedyczne w przypadku dyslalii*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego...* Por. J. CIESZYŃSKA: *Metody wywoływania głosek*. Kraków 2012.

¹²⁸ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Językoznawczy model terapii mowy dziecka z rozszczepem podniebienia*. W: *Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy – Afazja – Zaburzenia rozwoju mowy*. Red. H. MIERZEJEWSKA, M. PRZYBYSZ-PIWKOWA. Warszawa 2000, s. 118; EADEM: *Wybrane zagadnienia terapii mowy dzieci z rozszczepem podniebienia*. „Logopedia”. T. 26/1999, s. 152–161; EADEM: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*, s. 139.

¹²⁹ Ch. VAN RIPER, J.V. IRWIN: *Artikulationsstörungen...*

¹³⁰ J.T. KANIA: *Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej...*, s. 312–313; A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Zaburzenia artykulacji...*, s. 82.

Analiza niedostatków poznawczych związanych ze ścieżką trójfazową została przeze mnie omówiona w innej publikacji¹³¹. W tym miejscu można przypomnieć o najważniejszych pytaniach, które nasuwają się w związku z popularnym – a w literaturze zagranicznej zwanym tradycyjnym (zob. p. 2.4) – paradygmatem likwidowania wad wymowy. Pierwsze z nich dotyczy lingwistyczno-logopedyczno-fizjologicznej analizy sekwencji terapii głosek z uwzględnieniem mechanizmu zaburzeń, którą można wykorzystać w swoistej naprawie nienormatywnego systemu fonetycznego.

Autorzy zazwyczaj nie odpowiadają na pytanie odnoszące się do kolejności terapii poszczególnych głosek w przypadku zaburzeń wymowy określonego typu, chociaż niektórzy formułują zasadę, że należy zaczynać od głoski, która jest najłatwiejsza dla pacjenta, lub od tej, która pojawia się najwcześniej w rozwoju. Do wyjątków należą np. propozycja sekwencji terapii głosek w przypadku mowy bezdźwięcznej, jaką przedstawił J.T. Kania¹³², a także kolejność terapii osób z rozszczepem wargi i podniebienia opracowana przez językoznawcę Ferdynanda Antkowskiego¹³³, jak również kolejność terapii przedstawiona przez Irenę Łyżyczkę¹³⁴. Sama pisząc na temat terapii zaburzeń realizacji fonemów w przypadku wady rozszczepowej, posługiwałam się przywołanymi propozycjami F. Antkowskiego i I. Łyżyczki, ale – jak sądzę dzisiaj – należy wrócić do tego problemu i ukazać dopełniający obraz kolejności terapii głosek w przypadku tego zaburzenia z uwzględnieniem najnowszych badań, także L. Konopskiej¹³⁵.

Wątpliwości o charakterze logopedyczno-lingwistycznym, a także związane z mechanizmem zaburzeń i fizjologią artykulacji dotyczące trójfazowej ścieżki terapii – w szczególności w odniesieniu do I etapu pracy *przygotowanie do wywołania głoski* – są zatem następujące:

- jaka głoska powinna zainicjować proces terapii w przypadku wadliwej realizacji kilku lub kilkunastu fonemów o określonym zestawie objawów i etiologii zaburzeń,
- jaka jest najlepsza kolejność terapii głosek, biorąc pod uwagę uwarunkowania lingwistyczne, logopedyczne i związane przede wszystkim z fizjologią artykulacji w kontekście biologicznych przyczyn wadliwej realizacji fonemów obserwowanych u danego pacjenta,

¹³¹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 265–269.

¹³² J.T. KANIA: *Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej...*, s. 289–313. Myślę, że w obliczu badań L. Konopskiej zaproponowana sekwencja terapii głosek może zostać zmieniona (L. KONOPSKA: *Desonoryzacja w dyslalii...*).

¹³³ F. ANTKOWSKI: *Uwagi o rehabilitacji (retranspozycji) mowy*. „Biuletyn Fonograficzny”, nr 3/1960, s. 59–65.

¹³⁴ I. ŁYŻYCZKA: *Metody rehabilitacji wymowy u dzieci z rozszczepem podniebienia*. „Logopedia”. T. 13/1978, s. 53–57.

¹³⁵ L. KONOPSKA: *Desonoryzacja w dyslalii...*

- czy i w jaki sposób przygotowywać narządy mowy do wywołania wybranej głoski,
- jak długo ćwiczyć narządy mowy,
- czy wszystkie proponowane w poradnikach kategorie ćwiczeń narządów mowy są potrzebne.

W przypadku drugiego etapu pracy – *wywołania głoski* – można sformułować inne pytania, a mianowicie:

- w jakim otoczeniu fonetycznym (lub jego braku) należy wywoływać głoskę w zależności od jej właściwości fonetycznych, metody pracy, mechanizmu zaburzeń czy – zgodnie z zalecaniami niektórych autorów – należy w każdym przypadku wywoływać głoskę w izolacji, a następnie wprowadzać ją do nagłosu, śródgłosu i wygłosu¹³⁶; a może zawsze należy wywoływać spółgłoskę w sylabie otwartej¹³⁷,
- jaką metodą wywoływać głoskę w zależności od istoty mechanizmu zaburzeń, wiedzy na temat fizjologii i patofizjologii artykulacji,
- czy i jakie analizy lingwistyczne i metodyczne należy przeprowadzić przed wywołaniem głoski.

Trzeci etap terapii – *automatyzacja głoski w mowie spontanicznej* – także rodzi różne pytania, np.:

- w jakim zakresie poznawcza i komunikacyjna funkcja języka znajduje odzwierciedlenie w stosowanych metodach pracy mających na celu wykorzystanie ćwiczonej głoski w mowie codziennej pacjenta,
- od kiedy można wymagać artykulacji nowej głoski w mowie potocznej,
- w jaki sposób można optymalizować wprowadzanie nowego dźwięku do używanego przez pacjenta wyrazu itp.

Alternatywy sposób ustrukturyzowania terapii w przypadku zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo, będący odpowiedzią na niedostatki planu trójfazowego, opisała D. Pluta-Wojciechowska. Pełny opis *strategicznej metody usprawniania realizacji fonemów SMURF* i związanej z proponowanym stylem pracy *fizjologicznej terapii miodfunkcjonalnej FTM* zostały przedstawione w oddzielnej monografii¹³⁸, a także – w wersji skróconej – w p. 2.3 niniejszego opracowania.

2.2.3.3. Nieartykulacyjne ćwiczenia narządów mowy (NĆNM)

Od kilkudziesięciu lat w polskiej i światowej logopedii w wielu opracowaniach pojawiają się katalogi różnorodnych ćwiczeń narządów mowy. Na rynku

¹³⁶ Zob. np. G. DEMEL: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola...*

¹³⁷ Zob. podejście do pracy z dzieckiem z wadą wymowy, jakie prezentuje J. CIESZYŃSKA: *Metody wywoływania głosek...*, s. 15.

¹³⁸ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*

wydawniczym w Polsce odnajdujemy liczne zestawy propozycji ćwiczeń języka, warg, ruchomości żuchwy, a także dmuchania. Co jakiś czas pojawiają się nowe pomoce – obrazki, programy komputerowe – których autorzy rekomendują ćwiczenia narządów mowy i jednocześnie nie przedstawiają żadnych badań ukazujących skuteczność proponowanych metod pracy. Jednym z liczniejszych zestawów takich propozycji jest opracowanie z 1972 roku autorstwa J.T. Kania, który wymienia 9 ćwiczeń ruchomości żuchwy¹³⁹, 27 ćwiczeń warg wraz ćwiczeniami dmuchania, 37 ćwiczeń języka (w tym 17 poza jamą ustną)¹⁴⁰. Ćwiczenia te są powielane w różnych opracowaniach¹⁴¹. Ich autorzy zalecają przeprowadzanie zestawów ćwiczeń warg, języka, a także dmuchania jako przygotowanie do wywołania głoski. Takie „zestawy startowe”¹⁴² stają się często – jak wynika z moich kontaktów z logopedami w trakcie prowadzonych warsztatów – inauguracją pracy z pacjentem bez względu na istotę objawu zaburzeń i ich przyczyn. Niektórzy logopedzi zalecają wielu dzieciom ćwiczenia w dmuchaniu na np. piórka, baniek mydlanych, nie zważając na to, że dziecko nie ma najmniejszych problemów z wykonaniem tej czynności i świetnie zaokrągla wargi, a jego wada wymowy polega na np. zębowej realizacji fonemów dziąsłowych. Jaki jest zatem cel tych ćwiczeń?

Szczególnie obfita jest lista ćwiczeń języka oraz ćwiczeń w dmuchaniu. Największym zainteresowaniem cieszy się tzw. pionizacja języka, przy czym autorzy zazwyczaj nie definiują istoty tego terminu (zob. dalsza część tego punktu, gdzie przywoływane są opinie badaczy na temat rodzaju pożądanej pionizacji języka), chociaż w literaturze znajdujemy komentarze na temat potrzeb artykulacyjnych głosek i związanych z nimi koniecznych układów, pozycji i ruchów narządów mowy. Można zatem sformułować pytanie: która część języka ma być spionizowana – przednia czy tylna, przednia część języka czy tylko apekt? Jaki ma być kształt języka podczas pionizacji i do jakiej strefy jamy ustnej ma zmierzać

¹³⁹ W proponowanym przez autora zestawie są m.in. ruchy lateralne i skrajne w odniesieniu do opuszczania żuchwy; ruchy te są współcześnie niezalecane do ćwiczeń, zob. B. SAMBOR: *Mówienie z tzw. szczękosciskiem – fakty i mity...*, s. 157–174; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*

¹⁴⁰ J.T. KANIA: *Ćwiczenia usprawniające motorykę narządów mowy (szczęki dolnej, warg, języka i podniebienia miękkiego)*. „Szkoła Specjalna”, nr 33/1972. Przedruk w: J.T. KANIA: *Szkice logopedyczne...*, s. 331–357.

¹⁴¹ Niektóre z nich stały się – jak przypuszczam – inspiracją czy też jedną z inspiracji do sporządzania niektórych prób wykorzystywanych do oceny sprawności języka, np. H. RODAK: *Terapia dziecka z wadą wymowy...*, s. 54–55. Zob. także E. JEŻEWSKA-KRASNOŁĘBSKA: *Przyczyny zaburzeń artykulacji zlokalizowane w układzie obwodowym*. Impuls, Kraków 2015, s. 96–97.

¹⁴² Określenie *zestawy startowe* pojawiło się w trakcie moich dyskusji z B. Ostapiuk na temat dyslalii. Autorka użyła tego zwrotu, przywołując swoją rozmowę z logopedą na temat ćwiczeń narządów mowy. Myślę, że ten zwrot świetnie oddaje istotę zjawiska (zob. B. OSTAPIUK, D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, S. GRABIAS, T. WOŹNIAK: *Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce*. „Logopedia”. T. 47/2018, vol. 1, s. 369–398.

język? Odpowiedzi na te pytania nie są jednoznaczne, gdyż nie zawsze autorzy zamieszczają dokładne opisy poszczególnych ćwiczeń, czasem wykorzystują fotografie, np. na zdjęciu ilustrującym ćwiczenie widzimy kierowanie języka do nosa, że apeks jest napięty, język wydłużony i w retropozycji, a zuchwa wysunięta do przodu. Pojawiają się także inne wątpliwości, np. jaki jest związek ćwiczeń języka z głoską przeznaczoną do wywołania. A może z niektórymi osobami nie trzeba w ogóle prowadzić ćwiczeń języka i można od razu przystąpić do wywołania głoski? Po co z dzieckiem dmuchać, jeśli ono dmucha? Po co zaokrągląć wargi, jeżeli dziecko zaokrągliło wargi bez problemu, a istota wadliwej wymowy polega na dyslokacji w formie dorsalności? Jedna z uczestniczek warsztatów logopedycznych powiedziała: „Gdy nie wiem, co robić z dzieckiem podczas terapii, to ćwiczę język i dmuchanie. Dzieci bardzo lubią dmuchać”.

Poniżej przedstawiam listę przykładowych ćwiczeń języka, które budzą wątpliwości ze względu na trudności w odnalezieniu związku pomiędzy nimi a potrzebami artykulacyjnymi polskich głosek, a także ze względu na brak komentarzy autorów na temat rodzaju zaburzeń wymowy, w przypadku których należy zastosować dane ćwiczenie. Np. podkładanie wargi dolnej pod górne zęby jest szkodliwe w przypadku dotylnej wady zgryzu, a w przypadku dorsalnej realizacji fonemów dentalizowanych i niedentalizowanych zębowych, dziąsłowych i itowych¹⁴³ ćwiczenie tzw. kociego grzbietu bezpośrednio nawiązuje do wadliwej pozycji języka podczas realizacji wskazanych powyżej fonemów, czyli – z punktu widzenia przygotowania narządów do wywołania tych głosek – jest szkodliwe, a przynajmniej wątpliwe.

Logika podpowiada, że w przypadku międzyzębowej realizacji fonemów dentalizowanych wysuwanie języka jest podstawowym problemem pacjenta, który ma jakąś trudność anatomiczną i/lub funkcjonalną powodującą niemożliwość uzyskania prawidłowego układu, pozycji i ruchu języka we wnętrzu jamy ustnej. Czy zatem ćwiczenia języka poza jamą ustną profilujące napięcie wydłużonego języka znajdującego się poza fizjologicznym miejscem jego działania i artykulacji nie stoją w sprzeczności z postulowaną normą ortofoniczną, fizjologią czynności biologicznych i wykrytą w badaniu wadą wymowy?

Lista przykładowych ćwiczeń, które budzą wątpliwości, jest następująca: układanie języka do nosa lub w kierunku nosa, kierowanie języka w stronę ucha,

¹⁴³ *Itowość* to termin wprowadzony przez B. Rocławskiego, który używa go do opisu miejsca artykulacji głosek miękkich [ś, ź, ć, ż, ģ, ĵ, ĳ, ŋ] (B. ROCŁAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim...*, s. 230–287). *Itowy układ języka* to określenie dotyczące pozycji tego narządu, który znajduje się w wysokim, przednim położeniu jak przy samogłosce [i]. Realizacja fonemów zębowych dentalizowanych szczelinowych nie jest jednoznacznie opisywana przez badaczy (zob. uwagi B. Rocławskiego na s. 272). Problem ten z pewnością wymaga badań. W pracy przyjmuję, że w przypadku realizacji fonemów /s, z/ apeks nie pozostaje w kontakcie z dnem jamy ustnej, ale przyjmuje taką pozycję, jaką zajmuje przednia część języka po wydłużeniu głoski [c] (zob. opis artykulacji głoski [c] w publikacji B. Rocławskiego na s. 282).

wysuwanie języka na brodę, dotykanie językiem kącików warg, liczenie ząbków, grot, rulonik, koci grzbiet, wznoszenie języka napiętego i w retropozycji za górne zęby, oblizywanie wargi górnej, wypychanie językiem policzków¹⁴⁴.

Proponowane ćwiczenia ruchomości żuchwy obejmują jej ruchy w dół i w górę oraz w lewo i w prawo, a także do przodu. W kontekście fizjologii stawu skroniowo-żuchwowego należy podkreślić, że maksymalne ruchy żuchwy w dół mogą być szkodliwe w szczególności w przypadku występowania zaburzeń stawu skroniowo-żuchwowego, a ruchy żuchwy w lewo i w prawo należy uznać w ćwiczeniach logopedycznych za zbędne, a nawet szkodliwe, co ma związek z fizjologią tego niezwyklego narządu¹⁴⁵.

Pierwsza refleksja, jaka się pojawia, to pytanie o związek proponowanych ćwiczeń języka z głoską przeznaczoną do nauki. Wszak – zgodnie z trójfazową ścieżką likwidowania wad wymowy – ćwiczenia te są przygotowaniem do wywołania głoski. Analiza potrzeb artykulacyjnych polskich głosek zgodnych z systemem fonemowym i fonetycznym opisującym głoski podstawowe w ujęciu B. Rocławskiego¹⁴⁶ czy B. Wierzchowskiej¹⁴⁷, D. Ostaszewskiej i J. Tambor¹⁴⁸ uświadamia istotne dla terapii – a niewyrażone *expressis verbis* – cechy polskiego systemu fonetycznego, a mianowicie:

- wszystkie bez wyjątku głoski ze względu na miejsce artykulacji są tworzone w jamie ustnej,
- miejsce artykulacji utworzone jest w sposób pośredkowy,
- język, tworząc kontakt lub szczelinę, przybiera różne kształty, ale jest zawsze szeroki,
- analiza systemu spółgłoskowego pokazuje, że w przypadku aż 19 spółgłosek utworzenie głównego miejsca opiera się na wariancie pozycji wertykalno-horyzontalnej (w-h)¹⁴⁹, która jest charakterystyczna także dla pozycji spo-

¹⁴⁴ Zob. propozycje ćwiczeń np.: I. MICHAŁAK-WIDERA: *Śmieszne minki dla chłopczyka i dziewczynki – ćwiczenia usprawniające wymowę*. Unikat 2, Katowice 2011; K. SZŁAPA: *Cmokaj, dmuchaj, parszaj, chuchaj. Ćwiczenia oddechowe i artykulacyjne dla najmłodszych*. Harmonia Universalis, Gdańsk 2005; E. MORKOWSKA, K. ŻMUDA-TRZEBIATOWSKA: *Język hop do góry! Ćwiczenia logopedyczne dla dzieci*. Wydawnictwo Seventh Sea, b.m.w. 2008.

¹⁴⁵ B. SAMBOR: *Mówienie z tzw. szczękościskiem – fakty i mity...*, s. 157–174; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*

¹⁴⁶ B. ROCŁAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim...* Zob. Uwagi B. Ostapiuk na ten temat w: B. OSTAPIUK: *Dyslalia...*

¹⁴⁷ B. WIERZCHOWSKA: *Wymowa polska...*

¹⁴⁸ D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*. PWN, Warszawa 2012.

¹⁴⁹ D. Pluta-Wojciechowska pisze: „Pozycja wertykalno-horyzontalna (w-h) języka to pionizacja szerokiego języka w jamie ustnej, podczas której język z jednej strony jest wzniesiony, dotykając czubkiem okolic za szyjkami górnych zębów siecznych (górne dziąsło), przy czym część dorsalna jest przyklejona do podniebienia, a boki języka przylegają do bocznych powierzchni górnego łuku zębowego, z drugiej zaś język przyjmuje kształt szeroki. Podkreślimy, że przednia część języka przyjmuje pozycję horyzontalną, a czubek jest skierowany do podniebiennej części

- czynkowej języka podczas oddychania i połykania dojrzałego¹⁵⁰; wariant pozycji w-h odnajdujemy także w przypadku wysokich przednich samogłosek;
- związana z polskim systemem fonetycznym śródwymawianiowa pozycja języka (Inter-Speech) opiera się na kształcie szerokim i jest szeroko rozumianym wariantem pozycji w-h¹⁵¹.

Wymienione powyżej cechy polskich głosek opisałam szczegółowo w innej publikacji¹⁵². Pojawiły się one w sposób wyrazisty w kontekście badań zaburzeń realizacji fonemów w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia, a także w odniesieniu do osób z innymi zaburzeniami obwodowymi, stojącymi u podstaw nienormalnej realizacji fonemów.



Schemat 2. Wertykalno-horyzontalna pozycja języka

Źródło: *Postawy postępowania logopedycznego*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2015, D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 56). W cytowanej definicji doprecyzowałam zwrot określający miejsce przylegania boków języka. Na znaczenie takiej pozycji (nie tak ją jednak nazywając) dla artykulacji zwróciła uwagę B. Ostapiuk. W teście badania ruchomości języka w kontekście długości wędzidełka języka umieściła II próbę, w której język jest wznoszony za górne zęby (B. OSTAPIUK: *Logopedyczna ocena ruchomości języka*. W: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Red. M. MŁYNARSKA, T. SMEREKA. Agencja Wydawnicza A Linea, Wrocław 2005, s. 299–306). Autorka nazywa ją ko-brą, co uważam za dobry pomysł; wykorzystuję tę nazwę w pracy, w szczególności z dziećmi.

górnych zębów. Taką pozycję nazywam wertykalno-horyzontalną, co oznacza z jednej strony wertykalne wzniesienie języka, czyli tzw. pionizację, ale z zachowaniem horyzontalnego ułożenia jego przedniej części. Istotne są też warianty tej pozycji” (D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 56). W cytowanej definicji doprecyzowałam zwrot określający miejsce przylegania boków języka. Na znaczenie takiej pozycji (nie tak ją jednak nazywając) dla artykulacji zwróciła uwagę B. Ostapiuk. W teście badania ruchomości języka w kontekście długości wędzidełka języka umieściła II próbę, w której język jest wznoszony za górne zęby (B. OSTAPIUK: *Logopedyczna ocena ruchomości języka*. W: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Red. M. MŁYNARSKA, T. SMEREKA. Agencja Wydawnicza A Linea, Wrocław 2005, s. 299–306). Autorka nazywa ją ko-brą, co uważam za dobry pomysł; wykorzystuję tę nazwę w pracy, w szczególności z dziećmi.

¹⁵⁰ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O ćwiczeniach tak zwanej pionizacji języka*. W: *Biologiczne uwarunkowania rozwoju mowy i myślenia*. T. 2. Red. M. MICHALIK. Collegium Columbinum, Kraków 2011, s. 209–222; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*

¹⁵¹ Por. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O ćwiczeniach tak zwanej pionizacji języka...*, s. 209–222; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej...*; B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego...*, s. 117–136; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *O popularnych, lecz dyskusyjnych ćwiczeniach języka w przypadku obwodowych zaburzeń artykulacji*. „Logopedia”. T. 47/2018, vol. 1, s. 265–278.

¹⁵² D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*

Logopedzi zwracają uwagę, że język trzeba usprawniać, aby wywołać głoskę. Proponowane jednak NĆNM w odniesieniu do języka w większości nie korespondują z ruchami tego narządu występującymi podczas artykulacji głosek, które mają być przedmiotem pracy. Można zadać pytanie: jaki jest związek ćwiczenia „koci grzbiet” czy „liczenie ząbków” z pozycją języka potrzebną do wypowiedzenia [r]. Większość – jeśli nie wszystkie – z proponowanych ćwiczeń języka uwzględnia nie tylko jego wydłużony kształt, ale także – co się z tym wiąże – napięty czubek. Takie uformowanie języka i jego napięcie profiluje i promuje pewien typ ruchomości języka (język napięty, wąski)¹⁵³. Trudno z napiętego, wysuniętego poza jamę ustną i skierowanego do nosa języka (a także z układu języka podczas liczenia ząbków) uformować kształt potrzebny do wywołania np. głoski [r] lub [č], co uświadamiają doniesienia Bożeny Wierzchowskiej, Bronisława Ročławskiego, Barbary Ostapiuk, Danuty Ostaszewskiej i Jolanty Tambor, Danuty Pluty-Wojciechowskiej, Barbary Sambor, a także Petera Ladefogeda i Iana Maddiesona, Bryana Gicka, Iana Wilsona i Donalda Derricka¹⁵⁴. Kształt języka podczas wymawiania tych głosek jest odmienny od jego uformowania podczas proponowanych powyżej ćwiczeń. Tworzące się podczas powtarzania tego typu ruchów wzorce pozycji języka (np. napięty język w retropozycji podczas liczenia ząbków) mogą przeszkadzać w nauce głosek, co obserwowałam podczas prowadzonych przez siebie badań¹⁵⁵. Istotne jest także to, że orędownicy tego rodzaju ćwiczeń nie przedstawili badań potwierdzających ich przydatność w terapii zaburzeń realizacji fonemów (zob. p. 2.4).

Wyraziście o ruchach narządów mowy pisze Ian Tattersall. Artykulacja według niego to „zdumiewająca wokalna gimnastyka, jaką wykonuje ludzki aparat głosowy za każdym razem, gdy człowiek wypowiada zdanie”¹⁵⁶. Sama pisałam

¹⁵³ Genowefa Demel, komentując ćwiczenia przygotowawcze do wywołania głoski [sz], a także innych głosek szeregu dźwiękowego dentalizowanych, tak opisuje ćwiczenie języka: „Wysuwanie języka do przodu; unoszenie na górną wargę (język wąski, wydłużony, zęby widoczne); unoszenie języka za górne zęby (język wąski), cofanie go za wałeczek dźwiękowy; kierowanie języka w kąci ust (zęby widoczne), obлизywanie wargi” (G. DEMEL: *Elementy logopedii*. WSiP, Warszawa 1979, s. 68, podkr. D.P.-W.).

¹⁵⁴ P. LADEFOGED, I. MADDIESON: *The Sounds of the World's Languages*. Blackwell Publishing, Oxford 2008; B. GICK, I. WILSON, D. DERRICK: *Articulatory phonetics*. A John Wiley & Sons, Ltd. Publication, Malden, MA – Oxford – Chichester 2014; B. WIERZCHOWSKA: *Wymowa polska...*; B. OSTAPIUK: *Dyslalia...*; B. ROČŁAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim...*; D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O ćwiczeniach tak zwanej pionizacji języka...*, s. 209–222; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *O popularnych...*

¹⁵⁵ Podczas terapii nie stosowałam ćwiczeń języka opisanych jako NĆNM, niektórzy moi pacjenci jednak wcześniej uczęszczali na terapię, podczas której – jak informowali rodzice dzieci – w wielu przypadkach były zalecane ćwiczenia opisane przez mnie jako NĆNM (zob. p. 4.3.1).

¹⁵⁶ I. TATTERSALL: *Dzieje człowieka od jego początków do IV tysiąclecia p.n.e.* PIW, Warszawa 2010, s. 98–99.

w sposób metaforyczny: „Artykulacja to [...] niezwykle skomplikowana umiejętność, zadziwiająco precyzyjny taniec zsynchronizowanych ze sobą ruchów niezwyklej taneczności albo inaczej – precyzyjnie działająca maszyna, która wykorzystując prawa fizyki tworzy dźwięki”¹⁵⁷.

Na temat potrzebnych pozycji i kształtów języka w kontekście terapii logopedycznej i nieprzydatności NĆNM w polskiej logopedii zwracały już od dawna uwagę B. Ostapiuk¹⁵⁸ i D. Pluta-Wojciechowska¹⁵⁹; B. Sambor poddaje rewizji ćwiczenia, takie jak mówienie z korkiem, ćwiczenie ruchów lateralnych, doprzednich i dotylnych żuchwy, naprężanie czy podwijanie czubka języka¹⁶⁰.

Badacze zachodni, którzy poddali analizie badania efektywności terapii z użyciem NĆNM (zob. p. 2.4), wskazują na ich słabą stronę metodologiczną i wyrażają krytyczne uwagi na temat przydatności tych ćwiczeń w terapii zaburzeń wymowy. Do tych badaczy należą: Gregory L. Lof¹⁶¹, Karen Forrest¹⁶², Thomas W. Powell¹⁶³, Dennis M. Ruscillo¹⁶⁴, Kate E. Bunton¹⁶⁵. Ostatnia z wymienionych autorek wręcz wskazuje na odmienne wzorce neuronalne wykorzystywane w trakcie ćwiczeń artykulacyjnych i nieartykulacyjnych (*speech vs. non-speech oral motor exercises*), co ma związek z tym, że ośrodkowa kontrola ruchu uzależniona jest od wykonywanego zadania. Oznacza to, że chociaż w zadaniach (NĆNM i artykulacja) wykorzystywane są te same narządy obwodowe, używane są jednak inne sieci neuronalne. Orędownik NĆNM zwróci uwagę, że nie można badań innych języków niż polski odnosić do naszej fonetyki. Argumentacja

¹⁵⁷ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*, s. 31.

¹⁵⁸ B. OSTAPIUK: *Logopedyczna ocena ruchomości języka...*, s. 299–306; B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna...*; B. OSTAPIUK: *Postępowanie logopedyczne u osób z dyslalią i ankyloglosją...*, s. 671.

¹⁵⁹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O ćwiczeniach tak zwanej pionizacji języka...*, s. 209–222; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*, s. 267; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*

¹⁶⁰ B. SAMBOR: *Mówienie z tzw. szczękosciskiem – fakty i mity...*, s. 157–174; B. SAMBOR: *Skażona dykcja czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*

¹⁶¹ G.L. LOF: *Oral motor exercises and treatment outcomes*. „Perspectives on Language, Learning and Education”. Vol. 10(1)/2003, s. 7–12; G.L. LOF: *Controversies surrounding nonspeech oral motor exercises for childhood speech disorders*. „Seminars in Speech and Language”. Vol. 29(4)/2008, s. 253–255; G.L. LOF: *The nonspeech-oral motor exercise phenomenon in speech pathology practice*. In: C. BOWER: *Children’s speech sound disorders*. Wiley-Blackwell, Oxford 2009, s. 181–184.

¹⁶² K. FORREST: *Are oral-motor exercises useful in treatment of phonological/articulation disorders?* „Seminars in Speech and Language”. Vol. 23/2002, s. 15–25

¹⁶³ T.W. POWELL: *An integrated evaluation of nonspeech oral motor treatments*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”. Vol. 39/2008, s. 422–427.

¹⁶⁴ D.M. RUSCELLO: *Nonspeech oral motor treatment issues in children with developmental speech sound disorders*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”. Vol. 39/2008, s. 380–391.

¹⁶⁵ K.E. BUNTON: *Speech versus Nonspeech: Different Tasks, Different Neural Organization*. „Seminars in Speech and Language”. Vol. 29(4)/2008, s. 267–275.

jest chybiona, gdyż w takim razie – zachęcając logopedów do stosowania tych ćwiczeń – należy przedstawić badania ich skuteczności w odniesieniu do języka polskiego, a takich nie ma. Z kolei podnoszenie argumentu, że studia zachodnie podważające zasadność NĆNM nie mogą być odnoszone do polskiej fonetyki, nie ma uzasadnienia w podstawowej tezie, a mianowicie: badania zachodnie dotyczyły języków, których systemy fonetyczne zawierają głoski tworzone w jamie ustnej, przy zachowaniu szerokiego języka. Oczywiście, że systemy fonetyczne badanych języków i języka polskiego są odmienne, ale łączą je cechy, które wymieniałam powyżej.

Analizy rodzaju zaangażowanych mięśni podczas popularnych ćwiczeń języka i podczas artykulacji wybranych głosek przeprowadzone przez D. Plutę-Wojciechowską i B. Sambor pokazały nieprzydatność NĆNM dla terapii wad wymowy o etiologii obwodowej¹⁶⁶, np. podczas popularnego ćwiczenia – liczenia ząbków – następuje silna aktywizacja mięśnia poprzecznego, ruchy lateralne języka, a spięty i zwężony apeks to problem w wywołaniu wszystkich trzech szeregów dentalizowanych oraz głoski drżącej¹⁶⁷. Na temat możliwości wykorzystania pewnych ćwiczeń poza jamą ustną pisałam w innej publikacji, wskazując m.in. na zainicjowanie ruchu języka u małych dzieci, kiedy logopeda proponuje np. zlizywanie z talerza pokarmu czy zlizywanie pokarmu z górnej wargi. Jeśli jednak pacjent potrafi to już zrobić, należy zmienić rodzaj ćwiczeń i – jeśli to potrzebne – uczyć układania języka wewnątrz jamy ustnej, zgodnie z ruchami języka potrzebnymi do wywoływania planowanej głoski. Innymi słowy: „od ruchu grubego do ruchu precyzyjnego” w jamie ustnej. Podobna refleksja towarzyszyła mi w formułowaniu tezy: „od czynności prymarnych do czynności sekundarnej”. Wszak ruchy pokarmowe to także ruchy nieartykulacyjne (zob. p. 2.4).

Refleksję budzi ponadto proporcja liczby ćwiczeń narządów mowy do zadań związanych z wywołaniem głoski, jeśli mamy na uwadze trwającą 30–60 minut wizytę u logopedy. Dla przykładu – zgodnie z zaleceniami Iwony Michalak-Widery – przed wywołaniem [š] należy przeprowadzić 12 ćwiczeń języka i 7 ćwiczeń warg wraz z grą na instrumentach (pewnie chodzi o ćwiczenia dmuchania)¹⁶⁸. Zakładając, że jedno ćwiczenie trwa jedną lub dwie minuty, to czas przeznaczony na przygotowanie narządów mowy do wywołania głoski zajmie od oko-

¹⁶⁶ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *O popularnych...* Autorki piszą w zakończeniu: „Na koniec warto dodać, że autorki w żadnym razie nie podważają konieczności wykorzystywania różnych, w tym również nieartykulacyjnych ćwiczeń języka u pacjentów neurologicznych, z obturacyjnym bezdechem sennym czy po zabiegach częściowej resekcji języka – w tych przypadkach często sięgamy po rozmaite, dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta metody uruchomienia i usprawnienia mięśni języka (np. w celu rozciągania czy rozluźnienia mięśni, uelastycznienia blizn pooperacyjnych, wzmocnienia zwieraczy gardła itd.). Dobór ćwiczeń dla tych pacjentów to złożony i równie ważny temat do badań i dyskusji”.

¹⁶⁷ Ibidem.

¹⁶⁸ I. MICHALAK-WIDERA: *Mile uszom dźwięki...*, s. 13–14.

ło 19 do 38 minut. I to wtedy, gdy wszystkie ćwiczenia dziecko wykona sprawnie i poprawnie. Jeśli nie potrafi wykonać ćwiczenia, to czas przygotowania jeszcze się wydłuży. Ile zatem zostaje czasu na wywołanie głoski? W przypadku ćwiczeń przed wywołaniem głoski [r] liczba ćwiczeń języka i warg – u tej samej autorki – wzrasta do 34, a u Ewy Małgorzaty Skorek liczba ćwiczeń wynosi 31¹⁶⁹.

Kolejną sprawą jest czas i częstość wykonywania ćwiczeń. Nie ma badań, które określiłyby nie tylko skuteczność ćwiczeń, takich jak wysuwanie języka poza jamę ustną i chowanie go czy układanie w rulonik lub tworzenie grotu, ale także konieczną liczbę powtórzeń rozłożonych w czasie. Zaanonsowane problemy z pewnością wymagają badań.

2.2.3.4. O metodach wywoływania głosek

Termin *wywoływanie głósłki* jest powszechnie stosowanym na określenie działań logopedy, których celem jest spowodowanie wypowiedzenia przez pacjenta po raz pierwszy nowej, niewymawianej do tej pory przez niego głósłki. Działania logopedy mające spowodować niezwykłą przemianę u pacjenta, jaką jest artykulacja nowego dźwięku, mają różny charakter, co odzwierciedlają różne typologie metod odnoszące się do tego etapu pracy. W trakcie pracy z pacjentem następuje swoista przemiana polegająca na tym, że – jak można to ująć pewnym skrócie – „nie ma głósłki – jest głósłka”.

Wywoływanie głósłki jest – jak należy sądzić na podstawie deklarowanych celów usprawniania realizacji fonemów – jednym z ważniejszych momentów postępowania logopedycznego. Polska logopedia ma obszerny dorobek w postaci publikacji na temat wywoływania głósłek, nie tylko w odniesieniu do dyslalii obwodowej. Kolejne pokolenia studentów korzystają z porad logopedów, którzy zechcieli podzielić się swoimi doświadczeniami. Różnorodne poradniki, podręczniki i inne opracowania zawierają jednak różny poziom refleksji naukowej i praktycznej. Nagromadzona w nich wiedza, często intuicyjna lub oparta na własnych doświadczeniach praktycznych autora, zawiera wskazówki na temat diagnozy i metod likwidowania wad wymowy, co należy uznać za ważne¹⁷⁰. W obliczu braku badań skuteczności opisanych przez autorów metod terapii w odniesieniu do dyslalii obwodowej stosujący je logopeda powinien jednak poszukiwać empirycznego i/lub naukowego uzasadnienia proponowanych sposobów pracy. Przed

¹⁶⁹ E.M. SKOREK: *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja*. Impuls, Kraków 2010, s. 62–63.

¹⁷⁰ Np. D. ANTOS, G. DEMEL, I. STYCZEK: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*. WSiP, Warszawa 1971; J. CIESZYŃSKA: *Metody wywoływania głósłek*. Centrum Metody Krakowskiej, Kraków 2012; G. DEMEL: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola...*; I. STYCZEK: *Logopedia...*; H. RODAK: *Terapia dziecka z wadą wymowy...*; D. EMILUTA-ROZYA: *Formy zaburzeń mowy...*, s. 73–87; D. EMILUTA-ROZYA: *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym...*

polską logopedią stoi zatem zadanie weryfikacji opisanych przez różnych autorów metod terapii, co ma związek nie tylko z formułą „praktyki opartej na dowodach” (będzie o niej mowa w p. 3.1), ale także z coraz większą wiedzą na temat zaburzeń realizacji fonemów (zob. p. 2.4).

Jak sądzę, wiele sformułowanych metod i zasad terapii – chociaż opisanych kilkadziesiąt lat temu – pozostaje aktualnych i nadal służy pacjentom z zaburzeniami artykulacji. Niektóre jednak z zamieszczonych w publikacjach wskazówek budzą zdziwienie, jak chociażby zalecenie potrącania wędzidełka języka podczas ćwiczeń przygotowujących język do wywołania głoski [r] (była o tym mowa w p. 2.2). Istotne jest także odpowiedzenie sobie na pytanie, w jakim celu mamy potrącać czubek języka i czy rzeczywiście chodzi tylko o to, aby pacjent usłyszał dźwięk podobny do [r]¹⁷¹?

Autorzy opracowań na temat wywoływania głosek nie zawsze wskazują, w przypadku jakich zaburzeń mowy dane metody są bardziej lub mniej przydatne. Sam termin *wywoływanie głósłki* może budzić wątpliwości, o czym pisałam w innej publikacji¹⁷². Czy w związku z przyjęciem w diagnozie opisu wadliwej wymowy w kategoriach nienormatywnych cech fonetycznych, które wystąpiły w miejscu normatywnych, nie należy inaczej ująć procedurę wywoływania głósłki i zaproponować redefinicję tego etapu pracy? Można bowiem przyjąć, że logopeda wywołuje cechę fonetyczną, której brak w głósłkowej realizacji danego fonemu, gdyż występuje inna, nienormatywna¹⁷³. Efektem pracy jest oczywiście nowa głósłka, jednakże taka perspektywa oświała w inny sposób proces terapii i nawiązuje do diagnozy lingwistyczno-biologicznej, która ukazuje rodzaj wadliwej cechy fonetycznej występującej podczas realizacji danego fonemu i rodzaj przyczyny anatomicznej i/lub funkcjonalnej konstytuującej zaburzenie mowy wskazanego typu. Takie ujęcie ukazuje relację diagnozy do terapii rozumianej – używając metafory – jako „odwracanie procesu destrukcyjnego”, który – w świetle współczesnej wiedzy – spowodował zaburzenia realizacji fonemów (zob. p. 4.3.7).

Badacze w różny sposób kategoryzują metody wywoływania głósłek, co z punktu potrzeb poznawczych – różnie przez badaczy rozumianych – należy uznać za ważne¹⁷⁴. Zgodnie bowiem z lingwistyką kognitywną prezentowaną przez R. Lan-

¹⁷¹ Więcej: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *Vademecum wywoływania głósłek* (w przygotowaniu).

¹⁷² D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Czy logopeda wywołuje głósłki?* „Logopedia”. T. 41/2012, s. 42–69.

¹⁷³ Ibidem.

¹⁷⁴ D. ANTOS, G. DEMEL, I. STYCZEK: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy...*; G. DEMEL: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola...*; J.T. KANIA: *Klasyfikacja ćwiczeń artykulacyjnych...*, s. 264–271. Przedruk w: J.T. KANIA: *Szkice logopedyczne...*, s. 271–278; I. STYCZEK: *Logopedia...*; H. RODAK: *Terapia dziecka z wadą wymowy...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 296–410, zob. szczególnie s. 340–379.

gackera jako jednego z jej przedstawicieli, relacja figura – tło jest jednym ze sposobów „budowania sceny” za pomocą języka¹⁷⁵. Wielość typologii metod wywoływania głosek z poznawczego punktu widzenia jest zatem zaletą polskiej logopedii, ponieważ przyjęte kryterium podziału oświeśla pewien aspekt analizowanej rzeczywistości – ważny z perspektywy badacza – a inny pozostawia w cieniu.

Adwersarz takiego stanowiska zauważy, że pewna unifikacja przydałaby się polskiej teorii i praktyce związanej z zaburzeniami realizacji fonemów. Myślę jednak, że aby tak się stało, konieczne są przede wszystkim badania empiryczne efektywności proponowanych przez badaczy metod wywoływania głosek, i to w odniesieniu do zaburzeń mowy określonego typu. Takiego powiązania teorii i badań empirycznych efektywności terapii za pomocą określonych metod nie znajdujemy w dotychczasowych badaniach polskiej logopedii (zob. 2.4, p. 3.1). Przygotowana monografia, wpisując się w postulat „praktyki opartej na dowodach”, zawiera relację z wybranych cech efektywności wywoływania głosek (zob. p. 4.3.5) – zwróćmy uwagę – w aspekcie określonego typu zaburzeń¹⁷⁶.

Dla przykładu, Józef Tadeusz Kania wymienia metody mechaniczne i fonetyczne podczas wywoływania głoski¹⁷⁷. Z kolei Irena Styczek wyróżnia następujące sposoby terapii zaburzeń artykulacji: ćwiczenia narządów mowy, wyjaśnienia położenia narządów mowy, kontrola wzrokowa, kontrola dotyku i czucia skórnej dłoni, przekształcanie głosek (metoda fonetyczna), ustawianie języka za pomocą szpatułki lub sondy, gesty umowne, ćwiczenia słuchu fonematycznego, ćwiczenia słuchu muzycznego, ćwiczenia autokontroli słuchowej, ćwiczenia kinestezji mowy, metoda „uczulania”¹⁷⁸. Wymienione sposoby pracy odnoszą się do różnych etapów usprawniania realizacji fonemów.

Danuta Pluta-Wojciechowska opisuje dwa rodzaje metod wyróżnionych ze względu na ogólne podejście czy też swoistą „filozofię” projektowania procesu wywoływania głoski: metodę analityczną (składania klocków) i metodę syntetyczną (przebudowy budowli)¹⁷⁹. Pierwsza z nich ukazuje drogę od szczegółu do ogółu i polega na ćwiczeniu poszczególnych umiejętności składających się na głoskę i następnie scalanie wcześniej wypracowanych umiejętności w jedną całość, co owocuje nowym dźwiękiem. Z kolei metoda syntetyczna wykorzystuje metodę od ogółu do szczegółu i polega na tym, że logopeda wykorzystuje pewną czynność odbywającą się w przestrzeni ustno-twarzowo-gardłowej: może nią być głoska lub np. jakaś inna czynność niewerbalna (np. chrapanie, plucie).

¹⁷⁵ R. LANGACKER: *Wykłady z gramatyki kognitywnej...*, s. 14–15.

¹⁷⁶ Autorzy opisujący różne metody wywoływania głosek, jeśli są praktykami zazwyczaj opierają się – oprócz innych źródeł – na własnych doświadczeniach z terapii zaburzeń mowy określonego typu. Dlatego różne propozycje mogą, ale nie muszą się sprawdzić w odniesieniu do innych zaburzeń.

¹⁷⁷ J.T. KANIA: *Klasyfikacja ćwiczeń artykulacyjnych...*

¹⁷⁸ I. STYCZEK: *Logopedia...*, s. 446–455.

¹⁷⁹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 340–379.

Za pomocą pewnych zabiegów (mechanicznych, udzielania instrukcji itp.) przekształca ją w głoskę poprzez wywoływanie określonych cech fonetycznych w obrębie aktywności, jaka jest podstawą pracy. Wśród czynności przeznaczonych do przekształceń są głoski, a zatem jedną z metod syntetycznych jest wcześniej opisana przez badaczy metoda przekształceń fonetycznych.

Autorka zwraca uwagę, że najczęściej obie metody – analityczna i syntetyczna – łączą się w praktyce. W opracowaniu badaczki można znaleźć algorytm ukazujący kolejne kroki postępowania podczas stosowania metody syntetycznej. W pierwszej kolejności należy przeprowadzić analizę fonetyczną głoski, która jest przeznaczona do przekształceń, oraz głoski, jaką chcemy wywołać. Kolejnym krokiem jest analiza metodyczna, która pozwala na wykorzystanie analiz lingwistycznych podczas pracy z pacjentem. Innymi słowy, jeśli chcemy z głoski [t] uzyskać [č], to po określeniu różnic pomiędzy tymi głoskami należy wskazać, które cechy trzeba zmienić w głosce [t], aby powstała [č]. Analiza fonetyczna pokazuje, że należy zmienić miejsce artykulacji, sposób artykulacji oraz wzbogacić powstający dźwięk o dentalizację (zmiana będzie także dotyczyła kształtu języka). Istota analizy metodycznej polega na pewnym „przetłumaczeniu na język praktyczny” istoty transformacji cech fonetycznych. Co ma zatem zrobić logopeda, jakie polecenie wydać pacjentowi (z wykorzystaniem instrukcji słownych, wzroku, dotyku), aby z głoski [t] powstała głoska [č]? Analizy przedstawione przez autorkę ukazują kulisy myślenia strategicznego – lingwistycznego i logopedycznego – podczas projektowania głoski i pracy nad nią. Są zatem praktyczną wykładnią metody syntetycznej. W podobny sposób można projektować wywoływanie głosek z czynności niewerbalnych, np. z płucia można za pomocą pewnych zabiegów uzyskać głoskę [t], z chrapania – głoskę [k]¹⁸⁰.

Z wywoływaniem głoski łączy się także pytanie o kontekst fonetyczny podczas pracy nad nowym dźwiękiem, który – jako intencjonalnie wybrana przez logopedę rama wywoływanej głoski¹⁸¹ – ma być (w opinii logopedy) najlepszym otoczeniem dla pojawienia się nowego dźwięku. W polskiej logopedii – biorąc pod uwagę różne podejścia związane z zaburzeniami mowy – można wyróżnić co najmniej 3 odmienne stanowiska w tej sprawie:

1. Jedni uznają (za Ch. van Riperem), że należy głoskę wywoływać w izolacji, a potem wprowadzać ją do nagłosu, śródgłosu i wygłosu¹⁸².

¹⁸⁰ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 340–379. Zob. też p. 4.3.5.4.

¹⁸¹ „Rama wywoływania głoski to pewne otoczenie, kontekst czy wręcz struktura, w obrębie której nowa głoska ma się pojawić. Może mieć ona charakter wokaliczny lub konsonantyczny, przy czym należy brać pod uwagę sylaby otwarte i zamknięte, jak również możliwość wywoływania głoski w grupie spółgłoskowej i w śródgłosie, a także w izolacji” (D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 371).

¹⁸² To podejście jest rekomendowane przez wielu badaczy, zob. np. I. MICHALAK-WIDERA: *Mile uszom dźwięki...*; E. SKOREK: *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Impuls, Kraków 2009; H. RODAK: *Terapia dziecka z wadą wymowy...* Ostatnia z wymienionych autorek

2. Inni badacze zalecają lub preferują wywoływanie głosek w sylabach otwartych¹⁸³.
3. Badacze nie preferują żadnej z wymienionych ram wywoływanej głoski, wskazując, że jej wybór zależy od indywidualnych możliwości pacjenta, a zatem objawu i przyczyn zaburzeń.

Ostatnie z przedstawionych ujęć jest charakterystyczne dla Danuty Pluty-Wojciechowskiej¹⁸⁴.

Lektura opracowań na temat dyslalii obwodowej ukazuje, że autorzy najczęściej zalecają lub preferują wywoływanie głoski w izolacji i następnie wprowadzanie jej do nagłosu, śródgłosu i wygłosu, brak jednak badań ukazujących skuteczność tego stylu pracy.

Analiza literatury wskazuje również, że w dotychczasowych opracowaniach generalnie brak analiz lingwistyczno-logopedycznych dotyczących związku wybranej sekwencji terapii głosek, metod ich wywoływania wraz z ich kontekstem fonetycznym (lub jego brakiem) z wynikami diagnozy logopedycznej.

2.2.3.5. O automatyzowaniu głosek

Ostatnim etapem pracy – jak wynika z analizy literatury na temat trójfazowej terapii zaburzeń artykulacyjnych – jest automatyzacja ćwiczonej głoski lub – używając innego terminu – wprowadzanie głoski do potocznej, spontanicznej, codziennej mowy pacjenta. Była już o tym mowa w kontekście miernika postępów terapii, jaką zaproponowali Ch. van Riper i J.V. Irwin¹⁸⁵.

Przegląd poradników i różnych pomocy logopedycznych wskazuje, że logopedzi w różny sposób realizują zadanie związane z ostatecznym celem terapii: wymawianiem przez pacjenta ćwiczonych głosek w mowie spontanicznej. Specjaliści wykorzystują wiersze, opowiadania, a także np. zestawy obrazków, często ukazujących różne przedmioty, oraz – co podkreślam – nazwy czynności. Trudno bowiem oczekiwać, że dziecko będzie używać nowej głoski w stworzonych wypowiedziach, jeśli ćwiczymy z nim jedynie nazwy rzeczowników w mianowniku.

Można przyjąć inną perspektywę analizy tego etapu terapii i przywołać definicję mowy, która ukazuje różne obszary działania języka, a mianowicie poznawanie świata, przekazywanie innym użytkownikom języka swojej interpretacji świata oraz udział w życiu społecznym¹⁸⁶. Wydaje się zatem, że wprowadzanie nowej głoski do mowy codziennej powinno uwzględniać nie tylko różne części

pomimo wskazania konieczności wywołania głoski w izolacji (s. 35–36, 40) pisze również, że nie zawsze tak jest.

¹⁸³ Była o tym mowa w p. 2.2.3.2.

¹⁸⁴ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 371–378.

¹⁸⁵ Ch. VAN RIPER, J.V. IRWIN: *Artikulationsstörungen...*

¹⁸⁶ S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*, s. 15–71.

mowy, lecz również obszary, w jakich działa język, także dialog i narrację. Taką perspektywę odnajdujemy w propozycjach autorów, którzy oferują do pracy zestawy historyjek obrazkowych i innych ilustracji służących sprowokowaniu pacjenta do różnych typów wypowiedzi (zob. SMURF – VII etap pracy).

2.2.3.6. O tzw. regułach metodycznych

Autorzy formułują też różne reguły metodyczne dotyczące terapii. Odnoszą się one np. do sekwencji terapii głosek, ramy wywoływania nowego dźwięku mowy, wprowadzania głoski w większe struktury. Niektóre z nich zostały wymienione w poprzednim punkcie.

Na temat kolejności terapii głosek i ramy wywoływanej głoski pisze np. G. Demel: „Nie wolno [...] odbiegać od reguł metodycznych, a zwłaszcza wskazanej kolejności postępowania w obrębie każdej głoski, szeregu lub grupy”¹⁸⁷. Zgodnie z intencją autorki i zawartych w jej publikacji komentarzach można zatem sformułować takie reguły metodyczne, których zdaniem G. Demel należy przestrzegać:

- najpierw wywoływać głoskę w izolacji, potem w nagłosie, śródgłosie i wygłosie,
- z szeregu głosek dziąsłowych dentalizowanych należy wywoływać najpierw głoskę [ʃ],
- z szeregu głosek zębowych dentalizowanych należy wywoływać najpierw głoskę [s],
- z szeregu głosek itowych dentalizowanych należy wywoływać najpierw głoskę [ś].

Z kolei H. Rodak wskazuje: „Opanowywanie i utrwalanie [...] nowego dźwięku musi być realizowane kolejno na poziomie: izolowanej głoski, sylaby, wyrazu oraz zdania z uwzględnieniem różnych sytuacji komunikacyjnych”¹⁸⁸. Efektem takich komentarzy jest czy może być przekonanie logopedów, że tylko przestrzeganie przedstawionych reguł będzie prowadzić pacjenta do prawidłowej wymowy. Tak jednak nie jest, co pokazują przeprowadzone badania (zob. p. 4.3.5).

Przyjęcie bezwzględnych reguł metodycznych, których nie można przekraczać, powoduje, że każdy pacjent jest poddany terapii w taki sam sposób. Stoi to w sprzeczności z zasadą indywidualizacji, która zakłada konieczność dopasowania metody pracy do pacjenta. Gdyby każdy pacjent miał być poddany terapii według tych samych sposobów, to – zwróćmy uwagę – zakłada się, że wszystkie osoby z danym typem dysfunkcji mowy są identyczne, a tak przecież nie jest.

¹⁸⁷ G. DEMEL: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola...*, s. 50 (podkr. D.P.-W.).

¹⁸⁸ H. RODAK: *Terapia dziecka z wadą wymowy...*, s. 35–36 (podkr. D.P.-W.).

Pomimo wykrycia tego samego rodzaju zaburzenia mowy opisanego za pomocą zestawu objawów i ich przyczyn pacjenci mają różne inne cechy psychomotoryczne, a objawy i przyczyny zaburzeń mogą się różnić w drobnych szczegółach, których logopedia jeszcze precyzyjnie nie analizuje w kontekście objawu, np. typ wędzidełka języka ze względu na płaszczyznę przednio-tylną, miejsce przyczepów wędzidełka, struktura czynności pokarmowych we wczesnych miesiącach życia, symetria funkcjonalna itp. (np. nie poszukuje relacji pomiędzy typem wędzidełka ze względu na usytuowanie w płaszczyźnie przednio-tylnej a rodzajem objawów zaburzeń artykulacji). S. Grabias, komentując procedury postępowania logopedycznego, pisze: „Strategia postępowania logopedycznego jest rodzajem takiego dokonywanego w ramach danej procedury postępowania, które wynika z percepcyjnych i realizacyjnych możliwości osoby dotkniętej zaburzeniami mowy”¹⁸⁹.

Pojawia się zatem pytanie, czym są dokładnie indywidualne możliwości pacjenta z zaburzeniami mowy, w tym z zaburzeniami realizacji fonemów. Proponuję – w przypadku tych ostatnich – przyjąć, że są to charakterystyczne cechy objawu zaburzeń mowy, ich przyczyny wraz z określeniem patomechanizmu zaburzeń oraz inne cechy rozwoju psychomotorycznego określającego sposób pracy, o czym już była mowa. W związku z tym, polemizując z koniecznością przestrzegania tzw. reguł metodycznych w przypadku dyslalii (a także innych metod terapii), pisałam:

Uważam dokładnie odwrotnie. Funkcjonujące reguły metodyczne (np. Należy wywoływać najpierw głoskę [ʃ] z szeregu głosek dźwiękowych dentalizowanych, Należy wywoływać najpierw głoskę [s] z szeregu głosek zębowych dentalizowanych, Należy najpierw wywoływać głoskę w izolacji, potem w nagłosie, śródgłosie i wygłosie, Należy wywoływać głoskę w sylabie itp.) **należy przekraczać**, aby dopasować metodę pracy do pacjenta, a nie odwrotnie¹⁹⁰.

Czy wyrażone stanowisko na temat nieprzekraczalności reguł metodycznych jest popularne wśród logopedów? Moje kontakty pokazują następującą prawidłowość: młodzi stażem logopedzi zazwyczaj stosują się do tego typu zasad pracy i niektórzy stają się – można powiedzieć metaforycznie – niewolnikami danej reguły¹⁹¹. W inny sposób traktują je logopedzi doświadczeni: starają się dopasować

¹⁸⁹ S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*, s. 53–54 (podkr. D.P.-W.).

¹⁹⁰ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 381–382 (podkr. D.P.-W.).

¹⁹¹ Pamiętam, jak sama na początku swojej drogi czułam niepokój podczas przekraczania owych „nieprzekraczalnych reguł metodycznych” w sytuacji, gdy właśnie ich przestrzeganie nie przyczyniało się do uzyskania postępu w terapii. Zaczęłam zatem poszukiwać innych sposobów terapii. Oznaczało to właśnie odejście od danej reguły i dopasowanie sposobu pracy do pacjenta. W przypadku innych osób ta sama reguła mogła okazać się jednak korzystna, aby osiągnąć zamierzony efekt. W taki sposób rodziła się SMURF.

wać metodę do pacjenta, co oznacza łamanie tych reguł. Powtarzająca się często lub w odniesieniu do pewnej grupy pacjentów nieskuteczność w pracy w związku z zastosowaniem „nieprzekraczalnej reguły” dotyczącej np. wywoływania głoski w izolacji powoduje zatem, że logopedzi eksperymentują z kolejnym pacjentem i poszukują innej ramy wywoływania danej głoski, np. sylaby otwartej lub śródgłosu czy nawet grupy spółgłoskowej. Podobnie jest – jak sądzę – z innymi regułami, np. napotykać trudności w wywołaniu głoski w sylabie otwartej logopeda wywołuje ją w sylabie zamkniętej lub w innej ramie: w grupie spółgłoskowej czy w izolacji. To całkowicie zrozumiałe postępowanie logopedy, gdyż świadczy o uwzględnieniu możliwości tego, a nie innego pacjenta.

Jako niedoświadczony logopeda zaraz po skończeniu studiów, kształcony zgodnie z katalogiem nieprzekraczalnych reguł, miałam okazję sama odkrywać, że owe reguły należy przekraczać. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF powstała między innymi dlatego, aby przekazać logopedom jedno z najważniejszych przesłań: metoda pracy powinna być dopasowana do pacjenta, a nie pacjent ma się dopasować do danej metody. Dlatego każda z wyróżnionych metod pracy w SMURF zawiera kilka strategii postępowania, które umożliwiają dopasowanie sposobu pomocy do tego, a nie innego pacjenta, czyli objawu zaburzeń, ich przyczyn wraz z określonym mechanizmem zaburzeń i cechami rozwoju psychomotorycznego. Nie oznacza to, że lista strategii jest zamknięta, a logopeda nie może eksperymentować i sam wymyślać nowych sposobów pracy. Wręcz odwrotnie. Eksperymentowanie to też jedna ze strategii, gdyż pozwala pacjentowi doświadczać możliwości własnych narządów mowy, podobnie jak małe dziecko podczas autobadania jamy ustnej, autozabaw orofacjalnych w pierwszym roku życia. Sądzę, że to fascynujące doświadczenia.

2.2.4. Podsumowanie

Polscy badacze zajmujący się diagnozą i terapią wad wymowy bez względu na prezentowane ujęcia w różnorodny sposób przyczynili się do rozwoju polskiej teorii i praktyki logopedycznej, także poprzez możliwość polemiki. Wszak pluralizm daje możliwość wyboru i porównań. Gdyby wszyscy myśleli tak samo, nie byłoby postępu w nauce. Przed polską logopedią stoi jednak zadanie weryfikacji różnych metod terapii.

Przedstawiona analiza transformacji diagnozy i terapii ostatnich 40–50 lat pozwala na pewną syntezę. Jako praktyk zajmująca się od ponad 30 lat dyslalią obwodową, a naukowo badająca ją od 20 lat sądzę, że synteza ta może przyjąć formę następujących antynomii:

- od typologii ilościowych i interpretacji wad wymowy za pomocą określeń *substytucja* i *deformacja* do opisu nienormatywnych cech fonetycznych uporządkowanych w system oparty na fonetyce i tworzenia teorii dyslalii,

- od słuchowej oceny wymowy do badania za pomocą słuchu, wzroku, dotyku i przeprowadzania eksperymentów w celu obiektywizacji własnej oceny,
- od nieprzekraczalnych reguł metodycznych do myślenia strategicznego uwzględniającego indywidualne możliwości pacjenta,
- od terapii tradycyjnej opartej na nieprzekraczalnych regułach metodycznych stosowanych do wszystkich pacjentów do terapii opartej na myśleniu strategicznym, które umożliwia dopasowanie pomocy logopedycznej do indywidualnych możliwości człowieka.

W polskiej literaturze na temat lingwistyczno-logopedyczno-biologicznych podstaw postępowania w przypadku dyslalii obwodowej brak jednolitej myśli związanej z diagnozą i terapią zaburzeń realizacji fonemów. Polska logopedia (a także medycyna i lingwistyka) może poszczycić się znacznym dorobkiem dotyczącym badania wymowy dzieci i dorosłych, jednakże z użyciem różnych paradygmatów, co utrudnia porównywanie wyników badań.

Począwszy od końca lat 90. ubiegłego wieku, zaczyna zmieniać się podejście do diagnozy wad wymowy: zamiast wskazywania liczby wadliwych głosek czy nazw, takich jak *lelanie*, *rotacyzm*, proponuje się badanie każdej cechy fonetycznej i określanie nienormatywnych realizacji fonemów w postaci wskazania istoty nienormatywnej cechy fonetycznej badanej głoski. Badacze interesują się także relacją dźwiękowej realizacji fonemu do jego cech dystynktywnych. Można śmiało powiedzieć, że polska logopedia ma spójną teorię dyslalii, która wyrastając z fundamentalnych podstaw lingwistycznych, tworzy metodologiczną kanwę badania zaburzeń realizacji fonemów. Stosowanie tego paradygmatu badania wymowy stawia przed logopedą wysokie wymagania co do gruntownej znajomości systemu fonemowo-fonetycznego, podstaw fizjologii artykulacji oraz patofonetyki.

Model diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów nie jest jednolity w środowisku logopedycznym – w praktyce i badaniach naukowych. W niektórych publikacjach autorzy nie wskazują wyraźnie, w jaki sposób badali lub jak należy badać wymowę. Inni jednoznacznie zalecają metodę słuchową, a jeszcze inni badacze wskazują jednoznacznie metodę słuchowo-wzrokową, a nawet słuchowo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalną. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest uzyskiwanie odmiennych wyników badań wymowy, a co za tym idzie – innego podłoża dla projektowania i prowadzenia terapii, jak również trudność porównywania wyników badań prowadzonych z wykorzystaniem różnych paradygmatów. Interpretacja wad wymowy w ujęciu J.T. Kani wraz z związaną z nią słuchową oceną wymowy stwarza pozory prostoty przy widocznych dla badacza dyslalii ograniczeniach¹⁹². Czy jednak wszyscy muszą uznawać takie same podstawy badań realizacji fonemów?

¹⁹² A. Sołtys-Chmielowicz w 2001 roku pisała: „Interpretacje rozmaitych zaburzeń wymowy pozwalają wnieść korekty do tej **przejrzystej** typologii J.T. Kani” (A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Problemy substitucji i elizji w zaburzeniach mowy*. W: *Zaburzenia mowy*. Red. S. GRABIAS. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2001, s. 254, podkr. D.P.-W.). W kontekście normy ortofonicznej

Inna przyczyna, która – jak przypuszczam – stoi u podstaw funkcjonujących metodycznych odmienności badania artykulacji może wiązać się z pytaniem: po co tak dokładnie badać wymowę? Jeśli mowa jest zrozumiała (choć w ocenie niektórych wadliwa) i jej jakość substancji fonetycznej nie zaburza komunikacji, to po co zajmować się wymową?¹⁹³ Odpowiedź na te pytania wymaga przywołania metodologicznych podstaw sankcjonowania się logopedii jako nauki i działalności praktycznej, co wiąże się z przyjęciem fundamentalnych pojęć rodem z lingwistyki, a także biologicznej, a czasem też psychologicznej wykładni przyczyn zaburzeń. Podczas diagnozy logopeda uwzględnia normy lingwistyczne, biologiczne i metrykalne. Oznacza to – w kontekście badania realizacji fonemów – przyjęcie określonego przez lingwistów systemu fonemów i katalogu głosek podstawowych będących ich dźwiękowymi realizacjami. Jeśli logopeda zaniecha odwoływania się do normy, to pozostaje mu tworzenie własnej, co – zwróćmy uwagę – jest sprzeczne z zasadą obiektywizacji badań. Przyjęcie pewnych standardów ułatwia spełnienie postawionego przed logopedą i logopedią zadania (zob. rozdział 1).

W niektórych opracowaniach na temat rodzaju nienormatywnych objawów zaburzeń realizacji fonemów nie uwzględnia się wyników współcześnie prowadzonych i opublikowanych badań, co zaskakuje. Dla przykładu: odnosząc się do typów nienormatywnych realizacji fonemów dentalizowanych, autorzy od lat przywołują te same typologie (o czym już była mowa), nie uwzględniając wyników współczesnych badań zaburzeń realizacji fonemów, w tym fonemów dentalizowanych.

Logopedyczne badania wymowy w przypadku zaburzeń anatomicznych i/lub funkcjonalnych pozwalają na poznanie systemów fonetycznych w przypadku zaburzeń określonego typu – ankyloglosji, wady zgryzu, rozszczepu, zaburzeń czynności prymarnych itp. Należy jednak podkreślić, że badania te pozwalają także na lepsze poznanie normatywnej wymowy. Odzwierciedlają to analizy tzw. niepisanych cech polskiego systemu fonetycznego. Językoznawcy logopedzi badają także system fonetyczny, poszukując normy wymawianiowej. Przykładem są doniesienia Anity Lorenc, której badania są pionierskie w związku z wykorzystaniem nowatorskiego instrumentarium, a jej rozważania o mowie grzbietowej zasługują na bacznej uwagę i wysunięcie wniosków na temat prymarnej motoryki, która może być podstawą zaburzeń całego systemu fonetycznego osoby z wadą wymowy.

realizacji fonemów dentalizowanych dźwiękowych i fonemu /r/ uwagę zwraca kolejny komentarz autorki: „Można się jedynie zastanawiać, czy krótki element wokaliczny w miejscu *r* jest deformacją tej głoski, czy też nie. Dyskusyjną sprawą jest także np. dorsalna wymowa *č*, *ž*, *š*, *ž*” (ibidem, s. 255, podkr. D.P.-W.).

¹⁹³ Istotne są jednak też potrzeby i aspiracje pacjenta, który zgłasza się do logopedy z wadą wymowy. Inne są potrzeby związane z wymową w przypadku przyszłego aktora, a inne może prezentować uczeń gimnazjum, cele terapii powinny być jednak ustalone z pacjentem lub jego opiekunami (zob. p. 3.1).

Nie jestem przekonana, że rację ma Ewa Czaplewska, która optymistycznie pisze:

Diagnozowanie zaburzeń rozwoju artykulacji nie powinno nastręczać trudności logopedzie dobrze przygotowanemu do uprawiania zawodu. Polscy specjaliści zazwyczaj potrafią rozpoznać konkretną wadę wymowy, z dużą pewnością określić przyczyny jej powstawania i w związku z tym zastosować odpowiednie działania terapeutyczne. Problemem pozostaje jednak wciąż nieustalona terminologia, duże rozbieżności między nazewnictwem polskim i zagranicznym, ale także niewystarczająca liczba wystandaryzowanych i znormalizowanych narzędzi diagnostycznych¹⁹⁴.

Myślę, że problemem polskiej logopedii nie jest terminologia – nie ona jest najważniejsza, chociaż też istotna, ale różne rozumienie podstawowych zadań związanych z diagnozą i terapią zaburzeń realizacji fonemów, a także przekonanie wielu osób, że zaburzenia wymowy to prosta dysfunkcja mowy i właściwie każdy jest tutaj ekspertem. Na ten problem zwracali już uwagę inni badacze dyslalii, np. A. Sołtys-Chmielowicz.

O terapii dyslalii napisano wiele poradników, wydano wiele różnorodnych pomocy. Opierają się one najczęściej na paradygmacie terapii wzorowanym na propozycji Ch. van Riper a J.V. Irwina z lat co najmniej 70. ubiegłego wieku¹⁹⁵, który zawiera reguły związane z preferencją wywoływania głosek w izolacji, a następnie wprowadzania jej do nagłosu, śródgłosu oraz wygłosu, chociaż w logopedycznym dyskursie ostatnich lat na temat terapii obecne są również inne, np. promujące dopasowanie ramy wywoływanej głoski do pacjenta. Wielu autorów zaleca najczęściej prowadzić terapię zgodnie z 3 etapami, z których pierwszy jest związany z NĆNM, np. stosować rozwojową sekwencję terapii głosek lub rozpoczynać pracę od głoski najłatwiejszej dla pacjenta. Terapia według tego schematu ma charakter fragmentaryczny, gdyż pracuje się nad jedną głoską i następnie nad kolejną (zob. SMURF a inne metody terapii, p. 5.3). W literaturze zagranicznej ten sposób postępowania nazywa się *terapią tradycyjną* (zob. p. 2.4). W polskiej logopedii do tej pory nie przedstawiono wyników badań ukazujących efektywność proponowanych metod terapii tradycyjnej, np. ćwiczeń języka, proponowanych sposobów wywoływania głosek w odniesieniu do typu zaburzeń.

Nagromadzona wiedza na temat sposobów likwidowania wad wymowy ma często charakter intuicyjny, a wiele rozwiązań terapeutycznych opiera się na własnych doświadczeniach autorów, którzy prowadzą terapię wad wymowy. To

¹⁹⁴ E. CZAPLEWSKA: *Diagnoza zaburzeń rozwoju artykulacji*. W: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*. Red. E. CZAPLEWSKA, S. MILEWSKI. GWP, Sopot 2012, s. 65–120 (podkr. D.P.-W.).

¹⁹⁵ Ch. VAN RIPER, J.V. IRWIN: *Artikulationsstörungen...*

ważny wkład badaczy w budowaną refleksję na temat stosowanych metod terapii, należałoby jednak zweryfikować skuteczność proponowanych metod. Badacze dyslalii rzadko podejmują ten temat w badaniach. Do wyjątków należą np. ustalenia B. Ostapiuk dotyczące efektywności terapii w przypadku dyslalii ankyloglosyjnej oraz analizy M. Łuszczuk, która badała realizację systemu fonologicznego polszczyzny u dzieci z zaburzeniami artykulacji szeregów dentalizowanych przy zastosowaniu terapii z wykorzystaniem trenera Myo T4K¹⁹⁶. W 2017 roku D. Pluta-Wojciechowska przedstawiła odmienne od dotychczasowego ujęcie terapii w przypadku dyslalii obwodowej – strategiczną metodę usprawniania realizacji fonemów SMURF (zob. p.2.3). Ocena efektywności zaproponowanego podejścia zostanie przedstawiona w rozdziale 4.

Można dokonać takiej oto konkluzji: w procedurze usprawniania realizacji fonemów obserwuje się dwie ścieżki uprawiania logopedii – praktyczną i naukową. Logopedzi wskazują wiele rozwiązań praktycznych przydatnych dla terapii. Warto jednak, aby także w polskiej logopedii spotkały się dwa sposoby uprawiania logopedii: praktyka i nauka. Innymi słowy, aby wypracowane przez pokolenia metody terapii zostały sprawdzone w badaniach naukowych z uwzględnieniem większej grupy osób, a wyniki tak prowadzonej weryfikacji popularnych sposobów pracy zostały poddane naukowej analizie.

2.3. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów (SMURF)

Wskazywanie źródeł inspiracji czy też motywacji, które skłoniły mnie do opracowania odmiennego ujęcia ścieżki „od głoski wadliwej do normatywnej” w przypadku zaburzeń anatomicznych i/lub czynnościowych określonego typu, nie jest łatwe, gdyż łączy się z kilkoma wątkami, a każdy wydaje się ważny. Trudno także opisać w sposób skrótowy nowy styl terapii zaburzeń realizacji fonemów, które zostało szczegółowo przedstawione w oddzielnej monografii liczącej około 450 stron, a sam sposób pracy uwzględnia 7 metod i 31 strategii. Dlatego poniższe opracowanie (p. 2.3) ma charakter syntezy i jednocześnie dopełnia wcześniejszą publikację¹⁹⁷.

¹⁹⁶ B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna...*; M. ŁUSZCZUK: *Realizacja systemu fonologicznego polszczyzny u dzieci z zaburzeniami artykulacji szeregów dentalizowanych przy zastosowaniu terapii z wykorzystaniem trenera Myo T4K*. Rozprawa doktorska napisana w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego pod kierunkiem dra hab. Tomasza Woźniaka, prof. nadzw. UMCS. Lublin 2012.

¹⁹⁷ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*

Sięgając początków swojego spotkania z logopedią praktyczną – a było to ponad 31 lat temu – dostrzegałam w aspekcie diagnozy konieczność innego niż za pomocą terminów *dyslalia jednoraka, wieloraka, lelanie, kekanie, sygmatyzm* itp. opisu nienormatywnych realizacji fonemów, a także konieczność zrozumienia, dlaczego małe dzieci z rozszczepem – a takie osoby były moimi najczęstszymi pacjentami od początku pracy w zawodzie logopedy – prezentują taki, a nie inny zestaw objawów zaburzeń mowy, w tym nienormatywnych realizacji fonemów. Dostrzegałam jednocześnie, że terminy *lelenie, kekanie* czy *rotacyzm* niewiele wnoszą do diagnozy, gdyż wskazują jedynie rodzaj głósłki artykułowanej wadliwie, a nie oddają istoty nienormatywnego dźwięku ani w zakresie zaburzonej kategorii fonetycznej (np. miejsca artykulacji, sposobu artykulacji itd.; nazwałam je później *lokacją, modalnością*), ani w odniesieniu do konkretnej cechy fonetycznej, np. przedniojęzykowo-zębowości. Dlatego swoje zainteresowania naukowe skierowałam z początku w stronę oceny i opisu zaburzeń realizacji fonemów w kategoriach fonetycznych, co łączyło się z uznaniem fundamentalnych pojęć lingwistyki. Kolejnym krokiem – po opisie symptomów zaburzeń realizacji fonemów – było pytanie o przyczynę ich występowania. Należy pamiętać, że w przypadku dzieci z rozszczepem wargi i/lub podniebienia kumulują się różnorodne objawy zaburzeń oraz związane z nimi przyczyny. Biorąc po uwagę objaw, u jednej osoby przy realizacji jednego fonemu mogą występować nienormatywne realizacje wszystkich kategorii fonetycznych, np. w obrębie miejsca artykulacji, rezonansu, udziału wiązań głósłowych itd. Przyczyny zaburzeń, dotyczyć mogą nie tylko zmian w budowie podniebienia, ale także zgryzu, szczęki, zaburzeń układu adenoidalnego, jak również występowania ankyloglosji oraz zaburzeń czynności prymarnych, począwszy od okresu prenatalnego.

Bardzo szybko przekonałam się, że sama diagnoza jest dobrym wstępem do dalszych kroków związanych z terapią. Jednym z pierwszych pytań, które sobie zadawałam, było następujące: od czego zacząć proces naprawiania zaburzonego systemu fonemowego i fonetycznego? Wyczerpujących odpowiedzi na te i wiele innych pytań związanych z diagnozą i terapią nie znajdowałam w logopedii lat 80. ubiegłego wieku, chociaż doceniam dorobek badaczy, którzy sankcjonowali podwaliny rodzącej się nowej dyscypliny. Bez nich współczesna logopedia byłaby w innym miejscu.

Kolejne punkty niniejszego rozdziału będą omawiać główne źródła, które stały się początkiem mojego myślenia o innym niż tkwiącym w tradycji logopedycznej sposobie uporządkowania i prowadzenia terapii w przypadku zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo, a dalej – założeń, etapów i związanych z nimi strategii terapii. W opisie metody zwanej w skrócie SMURF, a także związanej z nią fizjologicznej terapii miofunkcjonalnej FTM, będę prezentowała perspektywę logopedyczną i lingwistyczną, a także biologiczną.

2.3.1. Lingwistyczne, logopedyczne i biologiczne źródła inspiracji

Opisany styl pracy nie mógłby się narodzić bez badań dyslalii, jakie sama prowadziłam, oraz lektury publikacji innych badaczy wad wymowy. Istotne znaczenie miała także moja działalność praktyczna: w szczególności diagnoza i terapia zaburzeń realizacji fonemów w przypadku wad anatomicznych i zaburzeń czynności prymarnych, ale przede wszystkim podejmowane przeze mnie lingwistyczne, logopedyczne i fizjologiczne analizy wyników diagnozy zaburzeń realizacji fonemów, a także rozważania związane z dotychczasowym stylem pracy w przypadku dyslalii. Myślę, że bez spotkania praktyki i własnej potrzeby metodologicznego oraz metodycznego uprządkowania podstaw teoretycznych terapii, jak również analizy codziennych doświadczeń praktycznych z perspektywy lingwistycznej, logopedycznej i fizjologicznej, nie powstałyby SMURF i FTM.

Transformacja podstaw diagnozy. Istotne znaczenie w kształtowaniu się mojego myślenia o postępowaniu logopedycznym miało opisanie „na nowo” przez S. Grabiasa przedmiotu logopedii – biologiczne uwarunkowania języka i zachowań językowych, odmienne od ujęcia L. Kaczmarska, a także ustalenia na temat podstaw diagnozy, którą można nazwać lingwistyczno-logopedyczno-biologiczną, proponowaną przez S. Grabiasa¹⁹⁸. Teoretyczne oddzielenie wstępnej diagnozy objawowo-przyczynowej angażującej myślenie o charakterze heurystycznym od terapii, a zespolonej w nadrzędnej strukturze nazwanej *postępowaniem logopedycznym* skłania jednak do poszukiwania związków pomiędzy efektem czynności diagnostycznych i działaniami postdiagnostycznymi¹⁹⁹, w tym z bezpośrednią terapią logopedyczną.

Wraz ze zmianą ogólnego podejścia do podstaw diagnozy logopedycznej (a sądzę, że również niezależnie od niego) pojawia się w logopedii odmienny od dotychczasowego sposób opisu zaburzeń realizacji fonemów, o czym była już mowa w rozdziale 2 (p. 2.1, 2.2.1, 2.2.2). Skoro zatem zmienia się czy kryształizuje sposób badania, opisu i w dalszej konsekwencji poszukiwanie przyczyn stwierdzonych zaburzeń, to pojawia się pytanie, czy – a jeśli tak, to w jaki sposób – powinna w związku z przemianą sposobu diagnozy zmienić się terapia.

Od czynności prymarnych do czynności sekundarnej. Nazwa tego akapitu jest kopią tytułu jednego z rozdziałów mojej książki z 2011 roku pt. *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Nawiązuje on w pewien sposób do komen-

¹⁹⁸ S. GRABIAS: *Mowa i jej zaburzenia...*, s. 3–20; S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*, s. 15–71.

¹⁹⁹ Działania postdiagnostyczne to ogół działań odbywających się po postawieniu diagnozy, a mających na celu likwidację zaburzeń mowy lub obniżenie poziomu ich intensywności. Wśród nich odnajdziemy np. skierowanie pacjenta na przecięcie wędzidełka języka, ale także bezpośrednie działania logopedy podczas wywoływania głosek u pacjenta, ćwiczeń połykania itp.

tarzy Romana Jakobsona na temat rozwoju systemu fonemowo-fonetycznego w odniesieniu do pojawiania się najpierw elementów prymarnych, a następnie sekundarnych. W świetle znaczenia czynności prymarnych dla rozwoju mowy w aspekcie ruchowym można dopełnić stanowisko R. Jakobsona, wskazując na znaczenie czynności biologicznych dla formowania się biomechanicznej bazy artykulacji. Ważną osnową przygotowanej propozycji usprawniania realizacji fonemów są zatem doniesienia o związkach czynności prymarnych i artykulacji, jakie odnajdujemy w publikacjach Bohdana Mackiewicza²⁰⁰, Karen M. Hiiemae, Jeffrey B. Palmer²⁰¹, jak również Antoine Serrurier, Pierre Badin, Anna Barney, Luis-Jean Boë, Christophe Savariaux²⁰², a także własne analizy dotyczące zaburzeń czynności prymarnych i artykulacji²⁰³. Badania B. Sambor potwierdziły np. związki zaburzeń pozycji spoczynkowej języka i połykania z artykulacją²⁰⁴, a kolejne prowadzone przez Izabelę Malicką i Annę Płonkę także ukazują istnienie takich związków (zob. p. 2.4).

Biologiczno-lingwistyczne analizy z perspektywy teorii prototypów. Obszerne opracowanie na temat istoty doświadczeń płynących z codziennej przetwarzalności czynności biologicznych wraz z własnymi propozycjami analizy związków czynności prymarnych, w szczególności oddychania fizjologicznego i przyjmowania pokarmów z artykulacją, przedstawiłam w osobnej monografii pt. *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*. W przywołanej publikacji wykorzystałam doniesienia płynące z badań ortodontycznych i laryngologicznych²⁰⁵, a także operacyjne terminy związane z jednym z kierunków lingwistyki kognitywnej, takie jak *prototyp, analiza*

²⁰⁰ B. MACKIEWICZ: *Dysglosja jako jeden z objawów zespołu oddechowo-połykowego*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2002; B. MACKIEWICZ: *Odwzorowanie czynności pokarmowych w ruchach artykulacyjnych*. „Logopedia”. T. 29/2001, s. 87–92; B. MACKIEWICZ: *Współzależność wad zgryzu i wymowy na tle przyczynowym*. „Magazyn Stomatologiczny”, nr 2/1992.

²⁰¹ K.M. HIIEMAE, J.B. PALMER: *Tongue movements in feeding and speech*. „Critical Reviews in Oral Biology & Medicine”. Vol. 14(6)/2003, s. 413–429.

²⁰² A. SERRURIER, P. BADIN, A. BARNEY, L.-J. BOË, C. SAVARIAUX: *Comparative articulatory modelling of the tongue in speech and feeding*. „Journal of Phonetics”. Vol. 40(6)/2012, s. 745–763.

²⁰³ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*

²⁰⁴ Np. B. SAMBOR: *Zaburzone wzorce połykania i pozycji spoczynkowej języka a budowa artykulacyjna głosek realizacji fonemów u osób dorosłych*. „Logopedia”. T. 43, 2015, s. 149–188; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*

²⁰⁵ Np. W.R. PROFFIT, H.W. FIELDS: *Ortodoncja współczesna*. Red. nauk. wyd. polskiego G. ŚMIECH-SŁOMKOWSKA. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001; T. RAKOSI, I. JONAS, T.M. GRABER: *Orthodontic – Diagnosis*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart–New York 1993; G. ŚMIECH-SŁOMKOWSKA, W. RYTŁOWA: *Wybrane zagadnienia z profilaktyki i wczesnego leczenia ortodontycznego*. MED TOUR PRESS INTERNATIONAL SANMEDIA, Warszawa 1993; *Zarys współczesnej ortodoncji*. Red. I. KARŁOWSKA. PZWL, Warszawa 2008. Zob. także np. *Otolaryngologia dziecięca*. Red. D. GRZYŃSKA. α-medica press, Warszawa 2007.

prototypowa²⁰⁶ dla ukazania istoty doświadczeń biomechanicznych, jakie są nabywane w toku codziennego powtarzania czynności związanych z jedzeniem, piciem i oddychaniem. Nazwałam je prototypowymi doświadczeniami orofacialnymi. W toku analizy układów, pozycji i ruchów narządów mowy okazało się m.in., że najczęstszą pozycją języka, która utrwała się podczas oddychania i jedzenia, jest pozycja wertykalno-horyzontalna (w-h). Była już o niej mowa w p. 2.2.3.3.

Analizowałam także głoski podstawowe polskiego systemu fonemowo-fonetycznego (w badaniach przyjęłam system B. Ročławskiego) i okazało się, że w przypadku aż 19 spółgłosek podstawowych na 28 główne miejsce artykulacji jest sankcjonowane przez wariant pozycji w-h, a w odniesieniu do samogłosek [i, y], jak również w pewnym zakresie [e], można także mówić o pewnym wariacie tej pozycji. Takie ustalenia o charakterze biologiczno-lingwistycznym stały się metodologiczną kanwą SMURF oraz związanej z nią FTM, jak również skłoniły mnie m.in. do rewizji logopedycznych ćwiczeń języka (zob. p. 2.2.3.3, 2.4)²⁰⁷. Proponowana przeze mnie osnowa ćwiczeń języka stoi w sprzeczności z dotychczasowymi propozycjami różnych autorów wykorzystujących ćwiczenia np. kierowania napiętego języka do nosa, do ucha, układanie go w rynienkę, grot, liczenie ząbków, koci grzbiec, o czym była mowa w p. 2.2.3.3, 2.4 (zob. także inne analizy²⁰⁸). Ćwiczenia te uważam za wątpliwe czy nawet zbędne w terapii zaburzeń artykulacji, o których traktuje niniejsze opracowanie²⁰⁹.

Analiza dotychczasowych metod terapii. Inspiracją dla odmiennego uporządkowania ścieżki „od głoski wadliwej do normatywnej” były także analizy lingwistyczno-logopedyczno-biologiczne dotychczasowego trójfazowego stylu pracy, jaki od kilkudziesięciu lat jest stosowany w polskiej logopedii. Była

²⁰⁶ E. ROSCH: *Human Categorizations...*, s. 1–49; E. ROSCH: *Principles of categorization...*, s. 27–48.

²⁰⁷ Zob. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Polykanie jako jedna z niewerbalnych czynności kompleksu ustno-twarzowego*. „Logopedia”. T. 38/2009, s. 119–148; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, a także D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *Pomiędzy słowem, frazą i zdaniem, czyli o śródwymawianiowej pozycji artykulacyjnej zwanej Inter-Speech u osób z i bez dyslalii obwodowej*. Harmonia Universalis, Gdańsk 2017, s. 169–189.

²⁰⁸ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Polykanie jako jedna z niewerbalnych czynności...*, s. 119–148; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O ćwiczeniach tak zwanej pionizacji języka...*, s. 209–222; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*; B. OSTAPIUK: *Dyslalia...*; B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna...*; B. OSTAPIUK: *Postępowanie logopedyczne u osób z dyslalią i ankyloglosją...*, s. 671; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *O popularnych...*

²⁰⁹ Małym dzieciom, które nie poruszają językiem, można proponować ćwiczenia, takie jak lizanie wargi górnej lub zlizywanie pokarmów z talerza, jeśli jednak dziecko potrafi to robić, należy rozpocząć ćwiczenia języka wewnątrz jamy ustnej. Mamy przecież rozwijać sprawność języka, co oznacza stosowanie zadań rozwijających, a zatem przekraczających sferę najbliższego rozwoju (L. WYGOTSKI: *Wybrane prace psychologiczne 2. Dzieciństwo i dorastanie*. Red. A. BRZEZIŃSKA, M. MARCHOW. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2002).

o nim mowa w p. 2.2.3, a różne wątki były także poruszane w innych moich publikacjach²¹⁰.

W SMURF wykorzystuję niektóre metody pracy znane od lat w logopedii (np. metoda fonetyczna w wywoływaniu głosek), znajdują one jednak inne miejsce oraz lingwistyczno-logopedyczną analizę w ustrukturyzowanej 7-fazowej ścieżce usprawniania realizacji fonemów, jaką proponuję. Przedstawiam szczegółowe analizy lingwistyczne i metodyczne metody uzyskiwania jednej głoski z innej opisane w dotychczasowej literaturze. Ukazują one kulisy strategicznego myślenia opartego na analizie fonetycznej, jakie jest konieczne podczas terapii. Terapia bowiem jest nie tylko sztuką i rzemiosłem, ale powinna łączyć się z myśleniem analitycznym i heurystycznym logopedy opartym na wiedzy lingwistycznej, logopedycznej i medycznej, jak również związanej z fizyką, co może zaskakiwać.

Zespół ustno-twarzowo-gardłowy można porównać do pewnej maszynierii, która przetwarza różne substancje: płyny, pokarmy, powietrze. Artykulacja głosek wiąże się z wykorzystywaniem ruchów narządów mowy, które modyfikują czy wręcz rzeźbią strumień przepływającego powietrza. W trakcie tego procesu tworzone są przewężenia, zwarcia, szczeliny, zmiany długości rezonatora itp. za pomocą różnie uformowanych przeszkód uzyskiwanych przez zmianę układu, pozycji i ruchu języka, warg, podniebienia, żuchwy. Są to zjawiska, które można interpretować w kategoriach fizyki. Należy przy tym pamiętać, że w trakcie artykulacji zaangażowane są – mówiąc ogólnie – oprócz obwodowych także struktury nerwowe o różnym poziomie złożoności, a rozwój sprawności fonetycznej łączy się z progresją procesów percepcyjnych²¹¹.

2.3.2. Główne założenia

Zamiast gotowych recept – myślenie strategiczne. SMURF jest stylem postępowania, którego jednym z celów jest dostarczenie logopedom opisu różnych strategii (stąd nazwa metody), które pozwalają na dopasowanie terapii do moż-

²¹⁰ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów*. „Logopedia”. T. 42/2013, s. 45–60; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Wywoływanie głosek – w izolacji czy w sylabie?* „Forum Logopedyczne”, nr 22/2014, s. 51–60; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Od głoski wadliwej do głoski normatywnej...*, s. 191–207; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O ćwiczeniach tak zwanej pionizacji języka...*, s. 209–222; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Czy logopeda wywołuje głoski?...*, s. 42–69; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*

²¹¹ Z.M. KURKOWSKI: *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013; Z.M. KURKOWSKI: *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń mowy*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 103–116; I. POLEWCZYK: *Diagnozowanie i stymulowanie rozwoju percepcji słuchowej u dzieci w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2012; B. ROCLAŃSKI: *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Glottispol, Gdańsk 2005; E. SZELĄG, A. SZYMASZEK: *Test do badania słuchu fonematycznego u dzieci i dorosłych*. GWP, Gdańsk 2006.

liwości indywidualnych pacjenta, a zatem do objawów zaburzeń realizacji fonemów i związanych z nimi przyczyn oraz możliwości psychomotorycznych. Proponowany styl pracy nie jest katalogiem gotowych recept terapii, takich bowiem nie ma, lecz sposobem pracy, który pokazuje kulisy myślenia strategicznego, jakie jest niezbędne, aby dopasować terapię do tego, a nie innego pacjenta. Aby tak się stało, przedstawiam analizy lingwistyczne, logopedyczne i fizjologiczne, które powinien podjąć logopeda, prowadząc pacjenta „od głoski wadliwej do normatywnej”. Dlatego jedną z ważniejszych podstaw proponowanej wykładni działań podczas terapii z zastosowaniem SMURF są odniesienia lingwistyczne i fizjologiczne oraz poszukiwanie związków pomiędzy nimi.

W ścieżce prowadzącej „od głoski wadliwej do normatywnej” w dyslalii obwodowej uwzględniam podstawową tezę „od czynności prymarnych do czynności sekundarnej”. Zanim pojawią się głoski, narządy mowy biorą udział w czynnościach prymarnych, które towarzyszą człowiekowi także podczas dalszego rozwoju fonetycznego. Nie będzie zatem nadużyciem, jeśli powiemy, że w istocie nie ma narządów mowy, ale są struktury organizmu służące do wypełniania czynności biologicznych, które stają się narządami mowy. To niezwykła właściwość ludzkiego organizmu, jego ciała, umysłu i mózgu. Wszak zwierzęta także oddychają i przyjmują pokarmy, ale nie mówią.

Podejście fizjologiczno-fonetyczne. Szczególnym wątkiem, jaki pojawia się w omówieniu postępowania zgodnie z SMURF, jest celowość działań podejmowanych przez logopedę w stosunku do pacjenta. Wielokrotnie podkreślam konieczność uwzględniania podczas terapii wyników stale aktualizowanej diagnozy zaburzeń realizacji fonemów, a także efektów lingwistycznych analiz systemu fonemowo-fonetycznego w normie biologicznej i w przypadku jej braku, fizjologii i patofizjologii artykulacji, jak również prawideł rozwoju mowy oraz czynności prymarnych. Takie podejście odnajdujemy w różnych metodach pracy za pomocą SMURF, np. podczas normalizacji czynności pokarmowych i oddychania, ustalania warunków progowych sprawności narządów mowy umożliwiających wywołanie głoski, wyboru sekwencji terapii głosek – rozwojowej, terapeutycznej (lub połączenie rozwojowej z terapeutyczną), projektowania metody wywoływania głoski, co wymaga analizy fonetycznej i metodycznej, wprowadzania głoski do większych jednostek, polaryzacji głoski (czyli skontrastowania wywołanej głoski z innymi na zasadzie opozycji fonemowych i fonetycznych), co oznacza respektowanie prawa ontogenetycznego dotyczącego pojawiania się w rozwoju głosek w opozycjach²¹².

²¹² Na to zagadnienie zwraca uwagę Maria Zarębina, powołując się na Romana Jakobsona (M. ZARĘBINA: *Język polski w rozwoju jednostki*. Glottispol, Gdańsk 1994. Zob. także J. PAČEŠOVA: *On some basic principles in child phonology*. In: *Proceedings of the Ninth International Congress of Phonetic Sciences*. Vol. 1. Eds. E. FISCHER-JORGENSEN, J. RISCHER, N. THORSEN. Copenhagen 1979.

Znaczenie diagnozy dla terapii. Terapia za pomocą SMURF wymaga przeprowadzenia diagnozy – na początku wstępnej – o charakterze objawowo-przyczynowym z perspektywy lingwistyczno-logopedyczno-biologicznej, którą inauguruje badanie realizacji fonemów metodą analityczno-fonetyczną oraz opis wyników oceny wymowy za pomocą narzędzi, jakie oferuje fonetyka. Diagnoza jest stale aktualizowana dzięki monitorowaniu na bieżąco efektów terapii, także podczas np. wywoływania dźwięków mowy. Postuluję, aby proponowane metody pracy oraz związane z nimi strategie postępowania, w tym np. sekwencja terapii głosek, metoda wywoływania głoski, rama wywoływanej głoski, były dobierane do pacjenta, także na podstawie analizy objawu i przyczyn zaburzeń (chyba, że nie jesteśmy w stanie w pełni ustalić wszystkich przyczyn zaburzeń), właściwości rozwoju psychomotorycznego pacjenta, co ma związek z rozumieniem procesu powstawania zaburzeń, oraz uwzględniania analiz fonetycznych i fizjologicznych prawideł artykulacji.

Można jednak – na podstawie wiedzy o mechanizmie zaburzeń i fonetyce – sformułować pewne ogólne sekwencje terapii głosek wykorzystywane podczas terapii zaburzeń określonego typu, np. międzyzębowości, niesymetrycznego układania narządów jamy ustnej podczas artykulacji, dorsalności, zwarć oraz szczelin gardłowych i krtaniowych, bezdźwięczności itp., które mogą się stać osnową myślenia strategicznego przy podejmowaniu ostatecznych decyzji dotyczących doboru głoski przeznaczonej do ćwiczeń. Co więcej, analiza rozwoju fonetycznego podczas ontogenezy pozwala na uwzględnianie w terapii ustaleń lingwistycznych ukazujących pewne prawidła obserwowane podczas rozwoju artykulacji u dzieci od urodzenia, np. pojawianie się głosek w opozycjach lub – przyjmując inną perspektywę – występowanie kontrastów cech fonetycznych. Taką wiedzę można wykorzystać podczas terapii, ponieważ za głoskami i ich cechami fonetycznymi odnajdujemy układy, pozycje i ruchy narządów mowy.

Uwzględnianie związków pomiędzy czynnościami prymarnymi a artykulacją. Analiza głównych czynności prymarnych – oddychania i jedzenia, w tym połykania – pozwoliła na dostrzeżenie związków pomiędzy tymi – zdawałoby się – niezwiązanymi z sobą czynnościami. SMURF uwzględnia zaobserwowaną w toku badań relację poprzez wprowadzenie etapu inaugurującego usprawnianie realizacji fonemów zwanego konstruowaniem przedpola artykulacji, a także zmianie podejścia do ćwiczeń narządów mowy, w tym w szczególności języka. Nie oznacza to, że logopeda najpierw jedynie przez kilka tygodni lub miesięcy normalizuje czynności biologiczne. Oznacza to tyle, że terapię rozpoczyna proces odbudowy biologicznych fundamentów artykulacji, co wiąże się z np. z przecięciem wędzidełka języka w przypadku ankyloglosji, nauką prawidłowego oddychania, połykania, żucia, likwidacją parafunkcji, np. ssania palca.

Analiza fizjologii czynności prymarnych i artykulacji, a także brak badań ukazujących skuteczność terapii za pomocą NĆNM, jak również doniesienia Karen Bunton, Karen Forrest, Gregory'ego L. Lofa, Barbary Ostapiuk, Thomasa

W. Powella, Danuty Pluty-Wojciechowskiej, Dennisa M. Ruscello, Barbary Sambor²¹³ powodują, że w SMURF nie są uwzględniane NĆNM stosowane od lat w polskiej i nie tylko polskiej logopedii, o czym już była mowa w p. 2.2.3.3 (zob. p. 2.4). Zamiast etapu „przygotowanie do wywołania głoski” – charakterystycznego dla trójfazowej ścieżki likwidowania wad wymowy – proponuję z jednej strony etap „konstruowanie przedpola artykulacji” oraz z drugiej strony „uzyskanie warunków progowych sprawności narządów mowy” (zob. p. 2.3.4). Wprowadzenie tego ostatniego pojęcia otwiera drogę do tezy, że jeśli pacjent prezentuje gotowość narządów mowy umożliwiającą naukę danej głoski, to należy niezwłocznie przystąpić do jej wywołania, czasami dzieje się to w ciągu pierwszej wizyty, w trakcie której prowadzona jest wstępna diagnoza oraz rozpoczyna się procedurę normalizacji czynności prymarnych. A zatem nie katalog ćwiczeń niezwiązanych z artykulacją danej głoski, ale z jednej strony uświadomienie sobie jako specjaliście, jaka sprawność narządów mowy jest potrzebna, aby wywołać nową głoskę, co wiąże się z analizą potrzeb ruchowych narządów mowy niezbędnych do wymowy danej głoski, a do tego potrzebna jest znajomość fonetyki i fizjologii artykulacji, z drugiej zaś sprawdzanie gotowości narządów mowy pacjenta do rozpoczęcia nauki dźwięku z perspektywy tej, a nie innej głoski. Jeśli pacjent prezentuje warunki progowe, można od razu, nawet na pierwszej wizycie, wywoływać głoskę. Jest to zmiana podejścia do ćwiczeń języka i warg. Oznacza to odejście od poruszania językiem w przypadkowy sposób i stosowania tzw. zestawów startowych do sprawdzania warunków progowych wywołania głoski i prowadzenia (o ile jest potrzebne) usprawniania podporządkowanego potrzebom danej głoski.

Zamiast NĆNM – ćwiczenie korespondujące z fizjologią czynności prymarnych i potrzebami artykulacji. Jednym z charakterystycznych cech stylu pracy za

²¹³ K. BUNTON: *Speech versus Nonspeech: Different Tasks, Different Neural Organization*. „Seminars in Speech and Language”. Vol. 29(4)/2008, s. 267–275; K. FORREST: *Are oral-motor exercises useful in treatment of phonological/articulation disorders?* „Seminars in Speech and Language”. Vol. 23/2002, s. 15–25; G.L. LOF: *Oral motor exercises and treatment outcomes...*, s. 7–12; G.L. LOF: *Controversies surrounding nonspeech oral motor exercises...*; G.L. LOF: *The nonspeech-oral motor exercise phenomenon in speech pathology practice...*, s. 181–184; B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna...*; B. OSTAPIUK: *Postępowanie logopedyczne u osób z dyslalią i ankyloglosją...*, s. 671; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Polykanie jako jedna z niewerbalnych czynności kompleksu ustno-twarzowego...*, s. 119–148; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O ćwiczeniach tak zwanej pionizacji języka...*, s. 209–222. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *Pomiędzy słowem, frazą i zdaniem...*, s. 169–189; T.W. POWELL: *An integrated evaluation of nonspeech oral motor treatments*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”. Vol. 39/2008, s. 422–427; B. SAMBOR: *Mówienie z tzw. szczękościem...*, s. 157–174; D.M. RUSCELLO: *Nonspeech oral motor treatment issues in children with developmental speech sound disorders*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”. Vol. 39/2008, s. 380–391; B. SAMBOR: *Rotacyzm boczny międzyzębowy z zaburzeniami odgryzania, gryzienia, żucia*. „Forum Logopedyczne”, nr 21/2013, s. 109–115; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Logopedyczne badanie młodych adeptów sztuki aktorskiej...*, s. 460–485; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*

pomocą SMURF są propozycje ćwiczeń języka, których jakość jest odmienna od dotychczasowych, które znajdujemy w różnych poradnikach. Wywodzą się one z analiz czynności biologicznych, a także cech polskiego systemu fonetycznego. Rozważania dotyczące miejsca artykulacji polskich głosek oraz przebiegu czynności biologicznych pozwoliły na odrzucenie dotychczasowego sposobu usprawniania języka i zaproponowanie innego sposobu pracy. Uwzględnia on pozycję wertykalno-horyzontalną intraoralną języka (w-h), która nie tylko jest cechą pozycji spoczynkowej języka podczas oddychania i połykania dojrzałego, ale różne jej warianty odnajdujemy w artykulacji 19 spółgłosek podstawowych polskiego systemu fonetycznego. Rezygnuję zatem np. z ćwiczeń języka poza jamą ustną, które w dotychczasowych propozycjach są głównym sposobem usprawniania języka. Wskazuję na konieczność uczenia formowania z języka kształtu o charakterze wertykalno-horyzontalnym wewnątrz jamy ustnej, bez napinania czubka języka i z zachowaniem szerokości. Szerokość języka i brak napięcia jego czubka, a także zachowanie pozycji w-h umożliwiają modelowanie na języku różnej wielkości wgłębień i rowków, które – zgodnie z fonetyką – pojawiają się podczas artykulacji wielu spółgłosek języka polskiego. Postuluję też ćwiczenie tego, co potrzebne, a nie prowadzenie usprawniania narządów mowy metodą „na oślep” (zob. uwagi w p. 2.2.3.3).

Ustrukturyzowanie terapii. Nowe podejście do terapii uwzględnia 7 metod-etapów postępowania (każdy etap jest związany z określoną metodą) oraz 31 strategii. W każdej metodzie wyróżnia się bowiem kilka strategii postępowania umożliwiających dopasowanie działań logopedy do pacjenta. Nowe ujęcie postępowania jest uporządkowaną strukturą, w której wyróżnia się porządek o charakterze syntagmatycznym (kolejne kroki postępowania) i paradygmatycznym (zestaw strategii w ramach danej metody). Nie wszyscy pacjenci w równym zakresie przechodzą przez wszystkie wyodrębnione etapy pracy, co ma związek z ich możliwościami. Niektórym z nich wyróżnione fazy pracy mogą nie być w ogóle potrzebne, np. polaryzacja głoski.

Metoda dostosowana do pacjenta, a nie pacjent do metody. Tytuł niniejszego akapitu sygnalizuje, że praca nad usprawnieniem realizacji fonemów za pomocą SMURF oznacza odejście od bezwzględnego przestrzegania tzw. reguł metodycznych i dopasowanie metod pracy do pacjenta. Każdy pacjent jest indywidualnością, a wykryte w diagnozie logopedycznej zaburzenie mowy – określone przez zestaw objawów i przyczyn – wraz z innymi cechami rozwoju psychomotorycznego jest wyjątkową syntezą różnych właściwości organizmu danego człowieka. W terapii należy zatem uwzględnić indywidualne cechy pacjenta, co koresponduje z jednym z postulatów E-BP (*Evidence-Based Practice*). Oznacza to, że nie ma uniwersalnych metod terapii zaburzeń realizacji fonemów (a także innych zaburzeń mowy) skutecznych w przypadku każdej osoby i należy dążyć do poszukania oraz dopasowania metody pracy do pacjenta, a nie pacjenta do metody. Innymi słowy, logopeda dobiera np. sposób wywołania pozycji w-h języka, se-

kwencję terapii głosek, metodę i ramę wywołania głoski, sposób wprowadzania nowej głoski do większej jednostki, a także jej wykorzystanie w mowie potocznej itp. do danego pacjenta. W takim ujęciu niektóre sformułowane kilkadziesiąt lat temu reguły metodyczne stają się nieaktualne. Nie oznacza to jednak, że metody pracy, takie jak np. wywoływanie głoski w izolacji, a potem w nagłosie, wygłosie i śródgłosie, wywoływanie głoski w sylabie otwartej czy wywoływanie głoski szczelinowej z poszczególnych „rodzin” głosek dentalizowanych, są nieaktualne. Oznacza to tyle, że każda z wymienionych opcji jest jednym z możliwych wariantów pracy nad wymową. To zmiana w teoretycznych podstawach i metodyce terapii dyslalii. Jednocześnie stosowanie SMURF nie wyklucza twórczego podejścia do pracy z pacjentem i prowadzenia np. eksperymentów podczas wywoływania głosek. Wszak SMURF nie jest uniwersalną metodą pracy, lecz podobnie jak inne propozycje jest jedną z możliwych wersji postępowania.

Uporządkowanie działań po wywołaniu nowego dźwięku mowy. Kolejne działania po wywołaniu nowej głoski w izolacji lub w sylabie, albo w grupie spółgłoskowej²¹⁴ łączą się z etapem wprowadzania nowego dźwięku do większych jednostek: wyrazów lub sylab w zależności od ramy wywoływanej głoski, następnie do wyrażen, zdań, tekstów, a ostatecznie do mowy potocznej pacjenta. Jest to etap oczekiwany przez wszystkich zainteresowanych efektem terapii, a mianowicie „używanie nowej głoski w mowie”. Droga do realizacji tego celu nie zawsze jest łatwa, co ma związek z pokonaniem trudności związanej z pewnym etapem – wykorzystaniem nowej głoski w wyrazie, jeśli była ona wywoływana w sylabie, lub w sylabie – jeśli dźwięk był wywoływany w izolacji. Trudności, jakie można zaobserwować u pacjenta, mogą się łączyć – mówiąc metaforycznie – z koniecznością pewnego „rozbicia znaku językowego”, który zgodnie z teorią F. de Saussure’a²¹⁵ jest pewną całością. Zwróćmy bowiem uwagę, że wprowadzenie nowego dźwięku do funkcjonującego słowa wymaga pewnego „oddzielenia elementu oznaczanego od elementu znaczącego” i wprowadzenia do funkcjonującej formy dźwiękowej modyfikacji w postaci nowego dźwięku w miejsce dźwięku dotychczasowego (wadliwego). W SMURF odnajdujemy różne propozycje ułatwiające wprowadzenie nowej głoski do większych jednostek. Nie wszyscy pacjenci wymagają jednak tego etapu pracy.

Wykorzystując ważne w lingwistyce i logopedii pojęcie *mowa*, a także jej uwarunkowania biologiczne i społeczne – przedstawiam kilka strategii ułatwiających wprowadzenie głoski do czynnego repertuaru zachowań językowych pacjenta. Jedną z nich jest strategia ćwiczeń sprawności językowych, komunikacyjnych i społecznych, w tym ćwiczenie narracji i dialogu. Nieuwzględnianą dotychczas w terapii jest strategia ćwiczeń śródwymawianiowej pozycji języka.

²¹⁴ Przedstawiona kolejność nie oznacza „od zalecanej na początku”. Zapis może także przyjąć formę „w sylabie otwartej lub w izolacji, albo w grupie spółgłoskowej”.

²¹⁵ F. DE SAUSSURE. *Kurs językoznawstwa ogólnego*. Przeł. K. KASPRZYK. PWN, Warszawa 1991.

2.3.3. Między diagnozą a bezpośrednią terapią z pacjentem

W ujęciu S. Grabiasa po diagnozowaniu stosowana jest procedura prognozy, która dotyczy programowania terapii i następnie jej prowadzenia²¹⁶. Przejście od diagnozy do prognozy, w tym planowania terapii i jej bezpośredniego prowadzenia, wiąże się z podejmowaniem przez specjalistę różnych analiz uwzględniających wiedzę w szczególności na temat zaburzenia mowy, które odkryto u konkretnego pacjenta, także metod postępowania terapeutycznego. Wiedza na temat mechanizmu zaburzeń pozwala logopedzie na analizę czynników szkodliwych (jeśli jest ich więcej) i ustalenie przyczyn, które w świetle współczesnej wiedzy są wiodące czy też drugorzędne²¹⁷.

Ze względu na stosunek do diagnozy można wyróżnić terapię objawową, przyczynową i objawowo-przyczynową. Rozumienie mechanizmów powstawania zaburzeń realizacji fonemów pozwala na sformułowanie hipotezy, że najefektywniejszym modelem terapii będzie trzeci z wyróżnionych sposobów pracy (zob. p. 4.3.9).

Prowadzenie badań, które uwzględniałyby wyprofilowane grupy pacjentów z tożsamymi zaburzeniami mowy, a różniące się modelem zastosowanej terapii – objawowej, przyczynowej i objawowo-przyczynowej – nie jest możliwe ze względów etycznych. Do tego zagadnienia należy podejść inaczej. Można bowiem w toku badań np. obserwować, czy i w jakim zakresie dokonują się w mowie i innych obszarach funkcjonowania pacjenta zmiany pod wpływem leczenia medycznego, ćwiczeń czynności prymarnych, wywoływania głosek itd. Ten aspekt terapii był jednym z wątków prowadzonych przeze mnie badań (zob. p. 4.3.9).

W podejmowaniu decyzji dotyczących np. wyboru głoski do ćwiczeń istotne wydają się lingwistyczne analizy wyłonionych podczas diagnozy tendencji związanych z rodzajem nienormatywnie realizowanych fonemów, rodzajem nienormatywnie realizowanych cech fonetycznych, ale także – aby pokazać drugą stronę zjawiska – trendów dotyczących rodzaju wadliwych cech fonetycznych pojawiających się w miejscu oczekiwanych, a zgodnych z przyjętą normą fonetyczną. Taka perspektywa – uwzględniająca np. rodzaj cech fonetycznych realizowanych nienormatywnie – pozwala na poznanie architektury zaburzonego systemu fone-

²¹⁶ S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*, s. 58–68.

²¹⁷ Krzyżowanie się ścieżek rozwojowych różnych czynności w przestrzeni ustno-twarzowej nie zawsze pozwala na jednoznaczne ustalenie, co jest główną przyczyną wadliwej wymowy, a badania z wyprofilowaniem grup ze względu na rodzaj czynników szkodliwych są trudne. Dla przykładu: co jest główną przyczyną wady wymowy w formie międzyzębowości – picie z butelki kilka razy w ciągu dnia i nocy, zgryz otwarty, międzyzębowe połykanie i pozycja spoczynkowa języka oraz oddychanie drogą ustną, a także nieznaczna ankyloglosja w przypadku dziecka 3-letniego? W obliczu niepełnej wiedzy na temat roli poszczególnych ścieżek rozwojowych różnych czynności odbywających się w przestrzeni ustno-twarzowo-gardłowej, a także różnorodnych powiązań między nimi oraz indywidualnej reakcji organizmu na czynniki szkodliwe, uważam, że należy dążyć podczas terapii – o ile to możliwe – do normalizacji wszystkich ścieżek rozwojowych czynności przebiegających w przestrzeni orofacialnej.

tycznego badanej osoby oraz na wskazanie, jakie układy, pozycje i ruchy narządów mowy są trudne do uzyskania przez pacjenta w głoskowych realizacjach fonemów. Innymi słowy możliwe jest – używając metafory – „przetłumaczenie nazw cech fonetycznych na ruch narządów mowy”. Istotne jest powiązanie tych analiz z cechami warunków biologicznych pacjenta. Jest to zgodne z fundamentalną tezą, że rodzaj dźwięku jest funkcją użytych narzędzi i z tymi definicjami głoski, które eksponują ją jako pozycję, układ i ruch narządów mowy (zob. p. 2.2.1).

Dalsze analizy mogą się opierać na takim oto myśleniu: 1) każda nienormatywna cecha fonetyczna jest strategią kompensacyjną (sekundarną, bo dotyczy mowy artykułowanej), którą przyjmuje pacjent z zaburzeniami realizacji fonemów w obliczu trudności o charakterze anatomicznym, funkcjonalnym lub anatomiczno-funkcjonalnym; 2) główną lub jedną z przyczyn nienormatywnych realizacji fonemów mogą być zaburzenia czynności prymarnych, np. wadliwe połykanie, nieprawidłowe oddychanie, występowanie parafunkcji; pacjent podczas tych czynności będzie wykorzystywał wadliwe układy, pozycje i ruchy narządów mowy, czyli strategie kompensacyjne prymarne. Można zatem porównać strategie kompensacyjne prymarne ze strategiami kompensacyjnymi sekundarnymi. Ułatwi to projektowanie i prowadzenie terapii.

Logopeda rozważa także inny problem – czy za pomocą metod terapii logopedycznej można zmienić sposób realizacji fonemów u danego pacjenta, czy też jest to 1) niemożliwe albo 2) możliwe w ograniczonym zakresie, lub 3) możliwe, ale wymaga wcześniej innych działań, np. leczenia laryngologicznego, chirurgicznego itp.

Planowanie terapii jest zatem związane ze scalaniem wiedzy lingwistycznej, logopedycznej, medycznej, psychologicznej, pedagogicznej, biologicznej, a także innej związanej z mową i jej dysfunkcjami. Z kolei prowadzenie bezpośredniej terapii wiąże się nie tylko z realizacją w praktyce zaplanowanych działań, lecz również ze stałą aktualizacją diagnozy wstępnej i rejestracją postępów pacjenta. Oznacza to, że logopeda może modyfikować wcześniej zaplanowany program terapii.

2.3.4. Metody i strategie a cele działań

SMURF jest propozycją ustrukturyzowanej drogi prowadzącej „od głoski wadliwej do normatywnej”, a uwzględniając strategię optymalizacji – „od głoski wadliwej do głoski w różnym zakresie zbliżonej do normatywnej”, którą można w aktualnych warunkach indywidualnych pacjenta uzyskać w toku terapii²¹⁸. W przyjętym stylu pracy wyróżnia się porządek syntagmatyczny porządkujący kolejne kroki postępowania. Każdemu etapowi pracy odpowiada metoda,

²¹⁸ Należy takie decyzje konsultować z opiekunami dziecka lub z dorosłym pacjentem, co oznacza podmiotowość relacji: logopeda – osoba z zaburzeniami mowy. Jeśli np. rodzice nie wyrażają zgody na przecięcie wędzidełka języka, należy ich uprzedzić o możliwych trudnościach z wywołaniem normatywnej głoski i/lub jej automatyzacji.

w ramach której zostały wyróżnione strategie postępowania. Strukturę SMURF określa zatem porządek liniowy, czyli następstwo poszczególnych etapów, oraz porządek paradygmatyczny umożliwiający realizację danego etapu z wykorzystaniem różnych strategii. Logopeda otrzymuje więc nie katalog gotowych recept do pracy, ale ofertę różnych wariantów umożliwiających dobranie strategii terapii do danego pacjenta.

Korzystanie z SMURF wymaga wiedzy lingwistycznej, logopedycznej, medycznej, związanej z fizjologią tworzenia dźwięków mowy w normie i przy jej braku, przede wszystkim jednak wymaga stałej aktualizacji diagnozy podczas wszystkich spotkań z pacjentem. SMURF nie zawiera obligatoryjnych reguł metodycznych, oprócz jednej: metodę pracy należy dopasować do indywidualnych możliwości pacjenta. Pacjenci z tym samym zaburzeniem mowy opisanym w kategoriach symptomu zaburzeń i jego przyczyn badani metodami współczesnej lingwistyki, logopedii i medycyny mogą uzyskać różne efekty terapii za pomocą tej samej metody. Oznacza to, że najprawdopodobniej nie badamy wszystkich przyczyn zaburzeń, a może też nie wszystkich objawów. W tabeli 4 przedstawiam etapy i związane z nimi metody wraz ze wskazaniem głównych podstaw teoretycznych i źródeł inspiracji (była o nich mowa w toku dotychczasowych rozważań). Z kolei w tabeli 5 prezentuję cele postępowania związane z poszczególnymi etapami pracy oraz związane z nimi strategie postępowania.

Tabela 4

Główne podstawy teoretyczne i źródła inspiracji SMURF

Etap pracy	Nazwa etapu i związanej z nim metody pracy	Główne podstawy teoretyczne i źródła inspiracji
1	2	3
I	Konstruowanie przedpola artykulacji	Fonologia i fonetyka, w tym w szczególności fonetyka artykulacyjna w aspekcie normy biologicznej i w przypadku jej braku Potrzeby artykulacyjne polskich głosek Związek czynności prymarnych z artykulacją Rozwój czynności pokarmowych i oddychania Oddychanie fizjologiczne i jego dysfunkcja Fizjologia artykulacji w normie biologicznej i w przypadku braku takiej normy Kształtowanie się i rozwój narządu żucia, czynniki determinujące rozwój przestrzeni orofacialnej Rozwój psychomotoryczny człowieka Ontogeneza mowy i języka oraz ich uwarunkowania Doświadczenia i badania własne
II	Wybór głoski do ćwiczeń	Rozwój systemu fonemowego i fonetycznego w normie i patologii Fizjologia i patofizjologia tworzenia dźwięków mowy w przypadku zaburzeń obwodowych Biologiczne i medyczne uwarunkowania terapii logopedycznej Wyniki badań dyslalii obwodowej Doświadczenia i badania własne

cd. tab. 4

1	2	3
III	Uzyskanie warunków progowych wywołanej głoski	Fonetyka artykulacyjna Fizjologia i patofizjologia artykulacji Krytyczna analiza NČNM, w szczególności języka Doświadczenia i badania własne
IV	Nauka głoski	Fonetyka artykulacyjna i fizjologia artykulacji Analiza dotychczasowych metod wywoływania głosek w kontekście doniesień na temat ontogenezy systemu fonemowego i fonetycznego Doświadczenia i badania własne
V	Aktywizacja głoski w większej strukturze	Rozwój mowy dziecka Analiza metod terapii w przypadku dyslalii Doświadczenia i badania własne
VI	Polaryzacja głoski	Analiza rozwoju systemu fonemowego i fonetycznego pod kątem prawidłowości, które mogą być wykorzystane podczas terapii Doświadczenia i badania własne
VII	Wprowadzanie głoski do mowy potocznej	Definicja mowy w ujęciu S. Grabiasa Wiedza o języku i jego podsystemach Rozwój mowy Uwarunkowania języka w ujęciu lingwistyki kognitywnej Analiza i wyniki badań śródwymawianiowej pozycji języka w przypadku osób z normą biologiczną i w przypadku jej braku Analiza dotychczasowych metod pracy nad automatyzacją głosek Doświadczenia i badania własne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 265–401

Tabela 5

Metody i strategie SMURF oraz związane z nimi cele działań

Etap pracy	Metody i strategie pracy	Główne cele działań
1	2	3
I	Konstruowanie przedpoła artykulacji: czuwanie nad prawidłowym rozwojem psychomotorycznym, czuwanie nad prawidłowym rozwojem przestrzeni orofacialnej, w tym czynności prymarnych, rozwijanie „fonetycznych umiejętności realizacyjnych”, stymulowanie rozwoju percepcji słuchowej, wielomodalne poznawanie głosek, czuwanie nad prawidłowym rozwojem tworzenia dźwięków od urodzenia, trening kulturowych metod uczenia się mowy, w tym w szczególności naśladowania	odbudowa biologicznych fundamentów artykulacji; czuwanie od urodzenia nad prawidłowym przebiegiem funkcji odpowiedzialnych za rozwój systemu fonemowo-fonetycznego dziecka z ryzyka zaburzeń artykulacji o etiologii anatomicznej i/lub funkcjonalnej np. z rozszczepem wargi i/lub podniebienia, ankyloglosją, makroglosją, wadą zgryzu, dysfunkcjami czynności prymarnych itp.

1	2	3
II	Wybór głoski do ćwiczeń: strategia rozwojowej sekwencji nauki głosek, strategia terapeutycznej sekwencji nauki głosek, strategia optymalizacji	inicjacja naprawczej ścieżki fonetycznej, co wiąże się z ustaleniem rodzaju wykorzystywanej kolejności nauki głosek (rozwojowej i/lub terapeutycznej); wybór najlepszej dla danego pacjenta głoski do terapii, co ma związek z uwzględnianiem cech objawu zaburzeń, ich przyczyn i wykrytego patomechanizmu dysfunkcji
III	Uzyskanie warunków progowych wywołanej głoski: strategia warunków progowych wywołanej głoski, strategia bieżących i długoterminowych celów usprawniania narządów mowy	sprawdzenie, czy pacjent prezentuje progowe warunki sprawności narządów mowy umożliwiające wywołanie wybranej głoski; jeśli takie występują od razu przystępujemy do wywołania głoski krótkoterminowe – przygotowanie do usprawniania realizacji konkretnego fonemu (w formie ćwiczeń intencjonalnych i z wykorzystaniem strategii warunków progowych), z uwzględnieniem całego ciała, postawy, regulacji napięcia mięśniowego, ćwiczeń oddechowych, ćwiczeń warg, języka i podniebienia, ruchomości żuchwy oraz ćwiczeń percepcji dźwięków mowy (wybór kategorii ćwiczeń i sposób ich prowadzenia zależy od pacjenta i jego wady); długoterminowe – przygotowanie do usprawniania realizacji większej liczby fonemów, w przypadku, gdy zaburzenie wymowy dotyczy wielu głosek; uwzględniamy ćwiczenia narządów mowy, które wynikają z potrzeb artykulacyjnych poszczególnych głosek
IV	Nauka głoski: strategia analityczna, czyli składania klocków, strategia syntetyczna, czyli przebudowy budowli, strategie specjalne, strategia ramy wywołanej głoski, strategia „świadomości pracy nad nową głoską”, strategia „nieświadomości pracy nad nową głoską”	nauka głoski z wykorzystaniem metody i ramy wywołanej głoski, które są dopasowane do pacjenta lub – uwzględniając ujęcie strukturalne – wywołanie konkretnej cechy fonetycznej/cech fonetycznych, a dokładnie ruchu narządów mowy za pomocą sposobów dopasowanych do pacjenta

V	Aktywizacja głoski w większej strukturze: strategia doboru wyrazów do ćwiczeń z głoską docelową, strategia segmentacji wyrazów, strategia treningu struktury wyrazów, strategia cech dodatkowych	wprowadzenie wywołanej głoski do sylaby, w przypadku gdy głoska wywoływana jest w izolacji, do wyrazu w przypadku gdy głoska jest wywołana w sylabie, a dalej wprowadzanie jej do większych jednostek typu wyrażenie, zdanie, tekst, także podczas dialogu itp., co wiąże się także z ćwiczeniami koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej
VI	Polaryzacja głoski: strategia kontrastu cech fonetycznych, strategia kontrastu cech fonemowych, strategia kontrastu głoski docelowej z głoską wadliwą	skontrastowanie nowej głoski z innymi głoskami poznanie słuchowe, ruchowe i czuciowe nowej głoski w kontraście z innymi głoskami, co pozwala pacjentowi na „zobaczenie” charakterystycznych cech ćwiczonej głoski na tle innych
VII	Wprowadzanie głoski do mowy potocznej: strategia ćwiczeń sprawności językowych, komunikacyjnych i poznawczych, strategia ćwiczeń pamięci krótkotrwałej i długotrwałej, strategia bieżącej kontroli postępów terapii, strategia „małych kroków”, strategia „nowego mówienia”, strategia ćwiczeń pozycji Inter-Speech	zapamiętywanie i utrwalanie nowego wzorca słuchowego, ruchowego i czuciowego (a także wizualnego) danej głoski podczas wymowy różnych jednostek języka, także podczas dialogu i narracji; wprowadzenie i/lub trening nowej śródwymawianiowej pozycji języka; czuwanie nad tempem i sposobem automatyzacji głoski w mowie potocznej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 265–410.

Widzimy zmiany, kiedy porównamy przedstawioną strukturę SMURF z propozycją np. Ireny Styczek, która wyróżniła 12 metod stosowanych podczas pracy nad artykulacją wraz z trójfazową ścieżką likwidowania wad wymowy, jaka jest obecna od kilkudziesięciu lat w polskiej logopedii. Dotyczą one nie tylko uporządkowania kolejnych kroków i rozbudowania poszczególnych metod przez wprowadzenie 31 strategii postępowania, ale także ekspozycji konieczności dopasowania metody pracy do pacjenta, celowości działań (np. sprawdzenie warunków progowych sprawności narządów mowy zamiast np. NČNM, niezwiązanych z potrzebami ćwiczonej głoski), uwzględniania rezultatów analiz lingwistycznych, logopedycznych, medycznych, a także wyników empirycznych badań dyslalii obwodowej w podejmowaniu kluczowych decyzji podczas terapii. SMURF może być stosowany również u małych dzieci, np. noworodków i niemowląt, które urodziły się z wadami w obrębie przestrzeni orofacialnej lub w toku rozwoju pojawiły się dysfunkcje czynności prymarnych. Logopeda wykorzystuje w pracy np. te strategie, które umożliwią przeciwdziałanie zaburzeniom mowy lub zmniejszą wpływ czynników szkodliwych na rozwój systemu fonetycznego.

2.4. Terapia zaburzeń artykulacji w świetle doniesień obcojęzycznych

Z uwagi na charakterystyczne cechy polskiego systemu fonemowo-fonetycznego²¹⁹ trudno jest porównywać wszystkie aspekty wyników badań nad diagnozą i terapią zaburzeń realizacji fonemów prowadzonych w odniesieniu do innego języka. Można natomiast przeprowadzić rekonesans pewnego stanu refleksji metodycznej związanej z diagnozą i terapią zaburzeń artykulacji, jaką proponują badacze języków innych niż polski, np. powiązań diagnozy z terapią, etapów pracy nad wymową, sposobu ćwiczeń narządów mowy²²⁰.

Na wstępie należy zauważyć, że polskie kodyfikacje zaburzeń realizacji fonemów mają ugruntowaną tradycję konwencję i znaczny dorobek w zakresie diagnozy, o czym była mowa w rozdziale 2, gdzie przywoływałam najważniejsze badania autorów. Lektura publikacji zachodnich pozwala na uwagę, że autorzy nie zawsze jednoznacznie rozróżniają fonem i głoskę, co w świetle polskich ustaleń lingwistycznych zastanawia. Z kolei termin *dyslalia* nie jest rozpowszechniony, a zatem polskie typologie zaburzeń wymowy są odmienne od stosowanych w innych krajach, dlatego być może także inny jest poziom refleksji teoretycznej i praktycznej.

Według D.M. Ruscello *developmental speech sound disorder* (DSSD) to „rozwojowe zaburzenie dźwięków mowy, zbiorczy termin odnoszący się do różnic klinicznych w rozwoju systemu dźwiękowego dziecka. Dziecko może przejawiać w wymowie błędy fonetyczne sensoryczno-motoryczne, błędy fonemowe natury lingwistycznej lub kombinację powyższych dwóch typów zaburzeń”. Jak pisze Ruscello, etiologia większości rozwojowych zaburzeń dźwięków mowy jest nie-

²¹⁹ Np. M. BIERNACKA: *Znajdź z polskim wspólny język. Fonetyka w nauczaniu języka polskiego jako obcego. Poradnik metodyczny*. Wydawnictwo UŁ, Łódź 2016; R. LASKOWSKI: *System fonologiczny języka polskiego*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław–Warszawa–Kraków 1992, s. 344–347; J. LIPOWSKI: *Interferencje fonetyczne we współczesnych językach zachodniosłowiańskich*. W: *Język, komunikacja, Informacja*. T. 6. Red. I. KOUTNY, P. NOWAK. Poznań, Sorus 2011, s. 205–215; M. MACIOŁEK, J. TAMBOR: *Głoski polskie. Przewodnik fonetyczny dla cudzoziemców i nauczycieli uczących języka polskiego jako obcego*. Wydawnictwo UŚ, Wydawnictwo Gnome, Katowice 2012. 31; L. MADELSKA: *Posłuchaj, jak mówię. Materiały do ćwiczenia słuchu i wymowy dla dzieci oraz dla dorosłych, uczących się języka polskiego jako obcego (+ DVD)*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Wiedeń 2010; W. MIODUNKA, J. WRÓBEL: *Polska po polsku. Podręcznik języka polskiego dla początkujących*. T. 2. *Podstawowe wiadomości gramatyczne i ćwiczenia strukturalne*. Interpress, Warszawa 1986, s. 10–14 (rozdz. *Relacje między głoskami a literami*); D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii...*; J. SZPYRA-KOZŁOWSKA: *Wprowadzenie do współczesnej fonologii*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002; B. ROCLAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim...*

²²⁰ Przygotowany przegląd literatury obcojęzycznej nie obejmuje wszystkich publikacji na temat diagnozy i terapii zaburzeń wymowy, jakie znajdują się w dostępnych bazach.

znana, co zastanawia²²¹. Definicję *Speech Sound Disorder* (SSD) przedstawiają także Barbara A. Lewis, Lawrence D. Shriberg, Lisa A. Freebairn, Amy J. Hansen, Catherine M. Stein, H. Gerry Taylor i inni, wskazując, iż jest to znaczące opóźnienie w przyswajaniu artykułowanych dźwięków mowy²²². Nicole Limbrick, Jane McCormack, Sharynne McLeod przyjmują, że SSD odnosi się do problemów związanych z wytwarzaniem dźwięków mowy, a także z percepcją dźwięków mowy i/lub ich fonologiczną reprezentacją²²³.

A. Lynn Williams, Sharynne McLeod i Rebecca McCauley cytują za ASHA (American Speech-Language Hearing Association), że SSD dotyczą około 10–15% dzieci w wieku przedszkolnym²²⁴. Proponują też podział zaburzeń na dwie grupy, przy czym przyjęte kryterium podziału wydaje się nie dość jasne, jeśli patrzymy z perspektywy polskich typologii zaburzeń realizacji fonemów. W pierwszej odnajdujemy dzieci np. z opóźnieniem rozwoju artykulacji, dziecięcą apraxją mowy, wadami wymowy, a w drugiej np. dzieci z wadami twarzoczaszki, utratą słuchu, tłoczeniem języka, upośledzeniem umysłowym²²⁵.

Co ciekawe, Denis M. Ruscello podkreśla, że etiologia większości rozwojowych zaburzeń dźwięku mowy jest nieznana. Trudno jest znaleźć w literaturze zachodniej wyniki badań, które pozwalają na ustalenie, ile dzieci ma zaburzenia o charakterze fonetycznym, a ile o formie fonologicznej czy mieszanej. Pomimo to w opracowaniach na temat terapii różnicuje się dwa podejścia, a mianowicie interwencję tradycyjną oraz interwencję typu fonologicznego²²⁶.

Interwencja typu tradycyjnego polega – mówiąc ogólnie – na uwzględnianiu propozycji Ch. van Riper a i jego współpracowników²²⁷. Terapia zaburzeń artykulacji przebiega według ogólnego schematu opisanego w rozdziale 2.2.3 i obejmuje pracę nad pojedynczym dźwiękiem zgodnie z ścieżką: wywołanie

²²¹ D.M. RUSCELLO: *Nonspeech Oral Motor Treatment Issues Related to Children with Developmental Speech Sound Disorders*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”. Vol. 39(3)/2008, s. 380–391.

²²² B.A. LEWIS, L.D. SHRIBERG, L.A. FREEBAIRN, A.J. HANSEN, C.M. STEIN, H.G. TAYLOR et al.: *The genetic bases of speech sound disorders: evidence from spoken and written language*. „Journal of Speech Language and Hearing Research”. Vol. 49(1)/2006, s. 294–312.

²²³ N. LIMBRICK, J. MCCORMACK, S. MCLEOD: *Designs and decisions: the creation of informal measures for assessing speech production in children*. „International Journal of Speech-Language Pathology”. Vol. 15(3)/2013, s. 296–311.

²²⁴ A. LYNN WILLIAMS, S. MCLEOD, R. MCCAULEY: *Interventions for Speech Sound Disorders in Children*. Paul H. Brooks Publishing, Baltimore 2010, s. 2.

²²⁵ Ibidem, s. 2.

²²⁶ Np. A. PEÑA-BROOKS, M.N. HEDGE: *Assessment and Treatment of Articulation and Phonological Disorders in Children*. 2 ed. Pro-ed, Texas 2007; K.M. BRUMBAUGH, A.B. SMIT: *Treating children ages 3–6 who have speech sound disorder. A survey*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”. Vol. 44(3)/2013, s. 306–319; M. GÚTHOVÁ, D. ŠEBIANOVÁ: *Terapia dyslalie. V: Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*. Red. V. LECHTA et al. Vydavateľstvo Osveta, Martin 2002, s. 119–144.

²²⁷ Ch. VAN RIPER, J.V. IRWIN: *Artikulationsstörungen...*

pojedynczego dźwięku w izolacji i następnie wprowadzanie go w coraz większe i bardziej skomplikowane jednostki. Adriana Peña-Brooks i Mahabalagiri N. Hedge w swej książce podobny typ interwencji opisują jako kompozycję 5 faz (trening sensoryczno-percepcyjny, trening realizacji dźwięku, trening stabilizacji dźwięku, trening transferu i przeniesienia wypracowanych umiejętności (uogólnienie), utrzymanie wyuczonych zachowań)²²⁸.

W polskiej literaturze ten sposób pracy jest także zalecany w większości opracowań, a jego istotę obrazuje popularne uszeregowanie etapów pracy zgodnie z ścieżką od wiedzy na temat tego, jak wymawiać głoskę poprzez jej wymawianie w sylabach, wyrazach i wyrażeniach do jej używania w mowie codziennej²²⁹. Charakterystyczną cechą terapii w tym ujęciu jest zazwyczaj etapowa praca nad pojedynczym dźwiękiem mowy i uwzględnianie rozwojowej sekwencji terapii głosek. K.M. Brumbaugh i A.B. Smit zauważają, że chociaż behawioralna modyfikacja zachowań werbalnych nie była częścią tradycyjnej terapii przedstawionej przez Ch. van Ripera i współpracowników, to jednak techniki te z biegiem czasu zaczęły być wiązane z tradycyjną terapią zaburzeń artykulacji²³⁰.

W podobny sposób terapię tradycyjną opisują Marta Gúthová, Daniela Šebianová, wskazując jednocześnie, że metodologiczna kanwa zakłada pracę nad jednym dźwiękiem mowy, a cały proces bywa inaugurowany ćwiczeniami przygotowawczymi narządów mowy, których celem jest rozwijanie umiejętności motorycznych narządów mowy i/lub różnicowania słuchowego dźwięków mowy²³¹.

W latach 70. ubiegłego wieku w badaniach rozwoju fonetycznego podkreśla się znaczenie systemu dźwięków mowy i ich cech dystynktywnych. Znajduje to odzwierciedlenie w terapii zaburzeń artykulacyjnych, np. poprzez uwzględnianie nie pojedynczych dźwięków, ale cech dystynktywnych wspólnych dla kilku nienormatywnie realizowanych fonemów, co wiąże się z wykorzystaniem tzw. par minimalnych. Takie podejście odnajdujemy w komentarzach Mary Elbert i Leija V. McReynolds, Shannon Bennett, Frederick F. Weiner²³², a podobnie na ten temat piszą także Marta Gúthová, Daniela Šebianová²³³.

²²⁸ A. PEÑA-BROOKS, M.N. HEDGE: *Assessment and Treatment of Articulation and Phonological Disorders...*

²²⁹ K.M. BRUMBAUGH, A.B. SMIT: *Treating children ages 3–6...*, s. 306–319; M. GÚTHOVÁ, D. ŠEBIANOVÁ: *Terapia dyslalie...*, s. 119–144.

²³⁰ K.M. BRUMBAUGH, A.B. SMIT: *Treating children ages 3–6...*, s. 306–319.

²³¹ M. GÚTHOVÁ, D. ŠEBIANOVÁ: *Terapia dyslalie...*, s. 119–144.

²³² M. ELBERT, L.V. McREYNOLDS: *An experimental analysis of misarticulating children's generalization*. „Journal of Speech and Hearing Research”. Vol. 21/1978, s. 136–149; L.V. McREYNOLDS: *Articulation generalization during articulation training*. „Language and Speech”. Vol. 15/1972, s. 149–155; L.V. McREYNOLDS, S. BENNETT: *Distinctive feature generalization in articulation training*. „Journal of Speech and Hearing Research”. Vol. 37/1972, s. 462–470; F.F. WEINER: *Treatment of phonological disability using the method of meaningful minimal contrast: Two case studies*. „Journal of Speech and Hearing Research”. Vol. 46/1981, s. 281–286.

²³³ M. GÚTHOVÁ, D. ŠEBIANOVÁ: *Terapia dyslalie...*, s. 119–144.

Zgodnie z opisem przedstawionym w przeglądowym opracowaniu K.M. Brumbaugh i A.B. Smit²³⁴ interwencję fonologiczną można scharakteryzować przez wymienienie kilku jej charakterystycznych cech, a mianowicie: podkreślanie aspektu językowego/fonologicznego w przeciwieństwie do interwencji tradycyjnej, w której nacisk pada na aspekt motoryczny/artykulacyjny (zob. np. J.B. Bernthal, N.W. Bankson i P. Flipsen²³⁵); specjalista wybiera cele terapii (praca nad rodzajem dźwięków czy cech dystynktywnych) ze względu na prognozę zwiększenia zasobu dźwięków dziecka, co pozostaje – zdaniem autorek – w kontraście do interwencji tradycyjnej związanej ze stymulacją (por. uwagi M.L. Edwards²³⁶); dzieci odkrywają istotne cechy fonologii języka ojczystego, zamiast wyłącznie ćwiczyć motorykę narządów mowy potrzebną, aby dokładnie wytworzyć daną głoskę (zob. J.B. Bernthal i in.²³⁷); terapia koncentruje się na znaczących słowach zamiast na dźwiękach w izolacji lub na sylabach bezsensownych (zob. np. S.E. Blache i wsp., B.W. Hodson i E.P. Paden, F. Weiner, A.L. Williams²³⁸); praca na jednej sesji (lub kilku) dotyczy nie pojedynczego fonemu, ale ich grup (np. prace Mary Luise Edwards, 1983, Barbary W. Hodson i Elaine P. Paden, 1983, 1991; A. Lynn Williams, 2000), co stoi w sprzeczności z interwencją tradycyjną; interwencja fonologiczna może obejmować mniej etapów niż terapia tradycyjna, gdyż oczekuje się, że pacjent będzie szybko wprowadzał nowe umiejętności tworzenia dźwięków do mowy spontanicznej.

W wielu publikacjach autorzy, np. E. Klein, A. Peña-Books i M.N. Hedge, K.M. Brumbaugh i A.B. Smit²³⁹, komentując interwencję fonologiczną, przeciwstawiają ją interwencji tradycyjnej, ale zapominają (lub nie dość jasno wyrażają opinię na ten temat), że sposób terapii należy dopasować do pacjenta, a zatem

²³⁴ K.M. BRUMBAUGH, A.B. SMIT: *Treating children ages 3–6...*, s. 306–319;

²³⁵ J.B. BERNTHAL, N.W. BANKSON, P. FLIPSEN: *Articulation and phonological disorders*. 6th ed. Allyn & Bacon, Columbus, OH 2009.

²³⁶ M.L. EDWARDS: *Selection criteria for developing therapy goals*. „Communication Disorders Quarterly”. Vol. 7/1983, s. 36–45.

²³⁷ J.B. BERNTHAL, N.W. BANKSON, P. FLIPSEN: *Articulation and phonological disorders...*

²³⁸ S.E. BLACHE, C.L. PARSONS, J.L. HUMPHREYS: *A minimal-word-pair model for teaching linguistic significance of distinctive feature properties*. „Journal of Speech and Hearing Disorders”. Vol. 46/1981, s. 291–296; B.W. HODSON, E.P. PADEN: *Targeting intelligible speech*. College-Hill Press, San Diego, CA 1983; B.W. HODSON, E.P. PADEN: *Targeting intelligible speech*. 2nd ed. Pro-Ed, Austin, TX 1991; F. WEINER: *Treatment of phonological disability using the method of meaningful minimal contrast: Two case studies*. „Journal of Speech and Hearing Disorders”. Vol. 46/1981, s. 281–286; A.L. WILLIAMS: *Multiple oppositions: Case studies of variables in phonological intervention*. „American Journal of Speech-Language Pathology”. Vol. 9/2000, s. 289–299; A.L. WILLIAMS: *Multiple oppositions: Theoretical foundations for an alternative contrastive intervention approach*. „American Journal of Speech-Language Pathology”. Vol. 9/2000, s. 282–288.

²³⁹ E. KLEIN: *Phonological/traditional approaches to articulation therapy: A retrospective group comparison*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”. Vol. 27/1996, s. 314–323; A. PEÑA-BROOKS, M.N. HEDGE: *Assessment and Treatment of Articulation and Phonological Disorders...*; K.M. BRUMBAUGH, A.B. SMIT: *Treating children ages 3–6...*, s. 306–319.

do objawów i przyczyn zaburzeń. Można powiedzieć jeszcze inaczej: trudno likwidować zaburzenia realizacji fonemu /r/ w postaci występowania uwularności (z powodu ankyloglosji) za pomocą ćwiczeń słuchu fonemowego; trudno likwidować międzyzębową realizację fonemów dentalizowanych u osoby z prawidłowym słuchem fonemowym i fonetycznym wyłącznie za pomocą ćwiczeń percepcji dźwięków mowy. To tak jakby leczyć złamaną nogę za pomocą tabletki od bólu głowy. Inną postawę prezentują Słowacy, którzy oprócz interwencji tradycyjnej i interwencji fonologicznej wymieniają interwencję fonetyczno-fonologiczną, która ma charakter kompleksowy i wiąże się z rodzajem zaburzeń obserwowanych u dziecka²⁴⁰. Wydaje się, że propozycja kompleksowej terapii w postaci interwencji fonetyczno-fonologicznej uwzględniającej różne strategie w zależności od pacjenta nie przypadkiem pojawia się w literaturze słowackiej. Być może ma to związek z cechami języka, który jest przedmiotem pracy, co wiąże się z potrzebami artykulacyjnymi głosek języka słowackiego i dlatego trudno jest eliminować wiele strategii interwencji tradycyjnej.

Polska literatura logopedyczna na temat diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów uwzględnia różne objawy i przyczyny stwierdzonych w badaniu odmienności artykulacyjnych, a komentarze badaczy zazwyczaj – choć nie zawsze – wskazują na sposób prowadzenia terapii w zależności od typu objawu i związanej z nim przyczyny. Jeśli przyczyny tkwią w zaburzeniach słuchu fonemowego, zaleca się ćwiczenia tej umiejętności oraz uczy się dziecko głosek²⁴¹, nie czekając na to, aż samo pod wpływem ćwiczeń percepcji dźwięków mowy odkryje, jak wymawiać głoski. Z kolei jeśli przyczyna wadliwej wymowy łączy się z nieprawidłową budową narządów mowy i czynności biologicznych przy prawidłowym rozwoju procesów percepcyjnych, zaleca się dopasowanie terapii do charakterystyki zaburzenia wyrażonego w typie objawu i rodzaju przyczyn.

Nie wszystkie ustalenia, komentarze czy opinie badaczy zachodnich można z tego powodu bezkrytycznie przyjąć do pracy z pacjentami polskojęzycznymi, którzy nienormalnie realizują polskie fonemy. Należy przy tym pamiętać, że istotne są tutaj cechy polskiego systemu fonetycznego oraz związane z nim potrzeby artykulacyjne polskich głosek. Ankyloglosja u osoby nabywającej język angielski może nie przeszkadzać tak bardzo jak w przypadku dziecka, które poznaje język polski, co wynika z analiz systemu języka polskiego i angielskiego, np. brak fonemu drżącego w języku angielskim, potrzeba różnicowania słuchowego, ale też artykulacyjnego szeregu głosek dentalizowanych w języku polskim.

Marta Gúthová i Daniela Šebianová piszą na temat interwencji fonologicznej, że jej celem jest ułatwienie dziecku zdolności komunikowania się poprzez osiągnięcie niezbędnych zmian w jego schematach artykulacyjnych za pomocą do

²⁴⁰ M. GÚTHOVÁ, D. ŠEBIANOVÁ: *Terapia dyslalie...*, s. 119–144.

²⁴¹ I. STYCZEK: *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego. Komentarz i tablice*. WSiP, Warszawa 1982; I. STYCZEK: *Logopedia...*; B. ROCLAWSKI: *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Glottispol, Gdańsk 2005; H. RODAK: *Terapia dziecka z wadą wymowy...*

skonalenia jego systemu fonologicznego. Pracę terapeutyczną poprzedza diagnoza systemu fonologicznego dziecka i odkrywanie pewnych charakterystycznych właściwości, a wiedza na ten temat zostaje wykorzystana podczas terapii. Komplementując interwencję fonologiczną, wymieniają takie jej elementy, jak: porównywanie par minimalnych (para minimalna to dwa słowa, które różnią się od siebie jedną głoseką, a właściwie cechą dystynktywną) czy cykliczne szkolenie fonologiczne. Same zaś strategie interwencyjne powinny koncentrować się na systematycznym wykrywaniu niedoskonałości komunikacyjnych dziecka oraz zwiększaniu jego umiejętności komunikacyjnych²⁴². To ważne spostrzeżenia badaczek, które można rekomendować do pracy terapeutycznej w przypadku zaburzeń mowy określonego typu.

Badania skuteczności interwencji tradycyjnej i interwencji fonologicznej – zgodnie z zaleceniami odnoszącymi się do „praktyki opartej na dowodach” E-BP – nie mają znacznej liczby publikacji. Do wyjątków należy raport Diedricha i Bangerta z 1980 roku (o którym wspominają przywoływani już K.M. Brumbaugh i A.B. Smit²⁴³) na temat efektywności terapii dzieci w klasach 1–6 poddanych terapii głosek [s] i [r], którzy potwierdzają skuteczność terapii tradycyjnej. Z kolei niewiele jest też badań (zazwyczaj prowadzonych z zastosowaniem różnej metodologii, co utrudnia porównywanie wyników) ukazujących skuteczność interwencji fonologicznej, które osiągają najwyższy standard rekomendowany przez E-BP. Badania ankietowe przeprowadzone wśród prawie 500 logopedów, a referowane przez Klaire M. Brumbaugh i Ann B. Smit wykazały, że specjaliści wykorzystują w terapii różne metody, jednak – co zwraca uwagę czytelnika – brak jest informacji, z jakimi typami zaburzeń artykulacji mieli do czynienia respondenci: czy u podstaw zaburzeń realizacji fonemów leżały uwarunkowania obwodowe, podkorowe czy też korowe. Kolejna wątpliwość wiąże się z pytaniem, w jaki sposób była oceniana wymowa – słuchem czy wzrokiem – oraz na podstawie jakiej metody oceniano skuteczność terapii. Tego brak w referowanych badaniach.

Formuła E-BP wiąże się z ukazywaniem dowodów skuteczności zastosowanej metody terapii. Należy zatem zapytać, co jest dowodem skuteczności terapii w przypadku zaburzeń wymowy? Jeśli przyjmiemy, że dowodem skuteczności prowadzonej terapii jest rodzaj głosek, których nauczył się pacjent właśnie podczas interwencji terapeutycznej, to pojawia się pytanie: kto i w jaki sposób będzie oceniał wymowę. Jeśli będzie to ocena słuchowa, jest to inny dowód niż ocena wymowy prowadzona za pomocą słuchu i wzroku.

Terapia tradycyjna wiąże się m.in. z nieartykulacyjnymi ćwiczeniami narządów mowy (polski odpowiednik terminu angielskiego *Nonspeech Oral Motor Exercises* – nieartykulacyjne ćwiczenia narządów mowy NČNM), takimi jak

²⁴² M. GÚTHOVÁ, D. ŠEBIANOVÁ: *Terapia dyslálie...*, s. 119–144.

²⁴³ K.M. BRUMBAUGH, A.B. SMIT: *Treating children ages 3–6...*

dmuchanie, grot, rynienka, podnoszenie języka do nosa itp. Badacze komentując tego typu ćwiczenia, podkreślają brak dowodów na ich skuteczność, np. G.L. Lof²⁴⁴, K. Forrest²⁴⁵, T.W. Powell²⁴⁶, D.M. Ruscello²⁴⁷, K. Bunton²⁴⁸. Bunton, analizując nieartykulacyjne ćwiczenia języka, odnosi się do różnych zaburzeń mowy, a także analizuje strategię uczenia się ruchów złożonych występujących podczas mowy. Przywołuje jedną ze strategii polegającą na rozłożeniu czynności złożonej na elementy składowe. Oznacza to, że np. logopeda ćwiczy w izolacji ruchy warg, języka, jednakże – jak konkluduje autor – nie ma to przełożenia na poprawę artykulacji.

Należy zauważyć, że nieartykulacyjne ćwiczenia narządów mowy nie korespondują z ruchami np. języka przy artykulacji głosek, por. grot, rulonik, kierowanie języka do nosa itp., co podkreślają D. Pluta-Wojciechowska i B. Sambor (zob. p. 2.2.3.3)²⁴⁹. Autorki prezentują także dopełniające podejście do analizy przydatności NĈNM i przedstawiają analizy fizjologiczne nieartykulacyjnych ćwiczeń języka, porównując je z fizjologią artykulacji. Dla artykulacji głosek języka polskiego – jak wynika z prowadzonych analiz – istotna jest pozycja w-h języka. Jej warianty odnajdujemy w przypadku 19 spółgłosek i wysokich przednich samogłosek języka polskiego, o czym była mowa w p. 2.2.3.3. Uzyskanie tej pozycji może być osnową uczenia się wielu głosek języka polskiego. Jeśli zatem uznamy, że pozycja w-h języka koresponduje z artykulacją wielu głosek – a tak to wynika z analiz – to jej wywołanie ułatwia wywoływanie wielu głosek, np. [č], [r], a także nawiązuje do fizjologii czynności biologicznych, takich jak pozycja spoczynkowa języka i połykanie. To odmienna perspektywa odnosząca się do ćwiczeń języka niż w przypadku NĈNM. Można zatem powiedzieć, że uzyskanie w-h pozycji języka bezpośrednio nawiązuje do kształtu tego narządu podczas artykulacji. Istotne jest jednak to, że samo wywołanie pozycji w-h języka nie spowoduje poprawy artykulacji (brak badań potwierdzających taką tezę), ale bezpośrednio ułatwia wywoływanie wielu głosek (co obserwujemy podczas terapii). Podobnej perspektywy ćwiczeń języka K. Bunton nie przedstawia, co wiąże się najprawdopodobniej z brakiem analiz pozycji i ruchów języka podczas artykulacji, a skupieniu się na uwarunkowaniach neurologicznych, co także jest ważną perspektywą analizy.

Istotne jest także to, że analizy autorki nie dotyczą zaburzeń artykulacji wynikających z defektów anatomicznych i funkcjonalnych narządów mowy. Nie

²⁴⁴ G.L. LOF: *Oral motor exercises and treatment outcomes...*, s. 7–12; G.L. LOF: *Controversies surrounding nonspeech oral motor exercises for childhood speech disorders...*, s. 253–255; G.L. LOF: *The nonspeech-oral motor exercise phenomenon in speech pathology practices...*, s. 181–184.

²⁴⁵ K. FORREST: *Are oral-motor exercises useful...*, s. 15–25.

²⁴⁶ T.W. POWELL: *An integrated evaluation of nonspeech oral motor treatments...*, s. 422–427.

²⁴⁷ D.M. RUSCELLO: *Nonspeech oral motor treatment issues...*, s. 380–391.

²⁴⁸ K. BUNTON: *Speech versus Nonspeech...*

²⁴⁹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *O popularnych...*

oznacza to poparcia dla nieartykulacyjnych ćwiczeń narządów mowy, ale zwrócenie uwagi na metodykę wywoływania polskich głosek, które w większości wymagają przyjęcia pozycji w-h języka. Oczekiwanie logopedów, że nieartykulacyjne ćwiczenia, takie jak dmuchanie, układanie języka w rulonik czy cmokanie, spowodują poprawę wymowy u pacjentów z dyslalią obwodową jest nadzieją nieuzasadnioną w obliczu nieprawidłowych utrwalonych wzorców artykulacyjnych, a także neurologicznej podstawy tworzenia dźwięków mowy, o których pisze K. Bunton.

Z kolei analizy autorki dotyczące tezy, że ćwiczenie poszczególnych umiejętności składających się na czynność złożoną, jaką jest np. wypowiedzenie sylaby czy głoski, jest nieefektywne z neurologicznego punktu widzenia, i jednocześnie uznanie, że podczas artykulacji konieczna jest integracja różnych czynności (np. podniesienie języka i wypuszczenie powietrza), pozwalają na zrozumienie znaczenia przekształceń fonetycznych w celu uzyskania nowej głoski z innej (metoda syntetyczna w moich analizach). Podczas wywoływania jednej głoski z innej odwołujemy się zatem do tych samych lub podobnych ścieżek neurologicznych.

W podsumowaniu rozważań K. Bunton pisze, że nawet jeśli istnieją wstępne dowody sugerujące różnice pomiędzy strukturami nerwowymi leżącymi u podstaw produkcji mowy a zachowaniami związanymi z nieartykulacyjnymi zachowaniami oralno-motorycznymi, to dodatkowe badania z wykorzystaniem zarówno anatomicznego, jak i funkcjonalnego neuroobrazowania są niezbędne w celu dalszych badań nad tym, jak struktura mózgowa ulega zmianie wskutek uczenia się, w czasie normalnego rozwoju lub w następstwie interwencji behawioralnej²⁵⁰.

Dla niektórych autorów ćwiczenia czynności biologicznych, takie jak oddychanie, połykanie i żucie, to również ćwiczenia typu NĆNM, a dla innych NĆNM to tylko ćwiczenia dmuchania, zaokrąglania warg, wznoszenia języka do nosa itp.²⁵¹. W związku z tym pojawia się zagadnienie włączania do terapii logopedycznej ćwiczeń o charakterze miofunkcyjnym. W literaturze odnajdujemy doniesienia na temat skuteczności połączenia terapii miofunkcyjnej z terapią zaburzeń artykulacji²⁵². Warto jednak zauważyć, że badania te zazwyczaj prowadzą ortodonci czy foniatry.

²⁵⁰ K. BUNTON: *Speech versus Nonspeech...*

²⁵¹ N.J. LASS, M. PANNBACKER: *The Application of Evidence-Based Practice to Nonspeech Oral Motor Treatments*. „Language Speech and Hearing Services in Schools”. Vol. 39 (3)/2008, s. 408.

²⁵² W. BIGENZAHN, L. FISCHMAN, U. MAYRHOFER-KRAMMEL: *Myofunctional Therapy in Patients with Orofacial Dysfunctions Affecting Speech*. „Folia Phoniatria et Logopaedica”. Vol. 44(5)/1992, s. 238–244, DOI: 10.1159/000266155; M.S. CHRISTENSEN, M.L. HANSON: *An Investigation of the Efficacy of Oral Myofunctional Therapy as a Precursor to Articulation Therapy for Pre-First Grade Children*. „Journal of Speech and Hearing Disorders”. Vol. 46 (2)/1981, s. 160, DOI: 10.1044/jshd.4602.160; S.L. GOMMERMAN, M.M. HODGE: *Effects of oral myofunctional therapy on swallowing and sibilant production*. „The International Journal of Orofacial Myology”. Vol. 21/1995, s. 9–22.

Stosowanie w terapii logopedycznej ćwiczeń związanych z czynnościami prymarnymi wynika z wielofunkcyjności przestrzeni orofacialnej, w której krzyżują się ścieżki rozwojowe różnych czynności: biologicznych i artykulacji. Zmiana jednej z tych ścieżek powoduje zmianę warunków rozwoju innej, która odbywa się w tej przestrzeni, co staje się metodologiczną kanwą włączenia terapii miodfunkcjonalnej do terapii logopedycznej. W odniesieniu do warunków polskich badania Moniki Łuszczuk potwierdziły skuteczność terapii logopedycznej z zastosowaniem trenera Myo T4K²⁵³, a badania Barbary Sambor wykazały związki pomiędzy zaburzeniami pozycji spoczynkowej języka i połykania, a także żucia dla konstytuowania się nienormatywnej realizacji fonemów²⁵⁴. Skoro tak, to podczas terapii należy zmierzać – oprócz uczenia głosek normatywnych – do normalizacji czynności biologicznych oraz do poprawy warunków anatomicznych, jeśli one także są przyczyną zaburzeń wymowy, np. do przecięcia wędzidełka języka.

W podsumowaniu rozważań na temat typów terapii zaburzeń artykulacyjnych omawianych w literaturze obcojęzycznej można zauważyć, że niektórzy badacze są skłonni przeciwstawiać interwencję tradycyjną interwencji fonologicznej bez podkreślania czy akcentowania związków objawów z przyczynami zaburzeń, co określa rodzaj koniecznej interwencji. Trudno jest usunąć nienormatywną realizację fonemów dentalizowanych w postaci asymetrycznego ułożenia języka i asymetrycznego przepływu powietrza (potocznie takie artykulacje nazywane są seplenieniem bocznym; problem nieścisłości terminologicznych omawia Joanna Trzaskalik²⁵⁵) u pacjenta z ankyloglosją i żuciem jednostronnym za pomocą ćwiczeń percepcji słuchowej. Nie oznacza to, że ćwiczenia słuchowe różnicowania dźwięków mowy nie mogą być wykorzystane podczas terapii, nie mogą być one jednak głównym sposobem likwidowania tego typu zaburzeń.

W przypadku terapii o typie fonologicznym na uwagę zasługują analizy systemu fonemowego dziecka oraz staranny wybór np. opozycji fonemowych, które mają być przedmiotem ćwiczeń. Z kolei krytyczne uwagi na temat terapii tradycyjnej są związane z nieartykulacyjnymi ćwiczeniami języka, a pewne wątpliwości budzi metoda nauki nowej głoski z umiejętności składowych (w swoich publikacjach nazwałam to podejściem analitycznym), uwzględnianiem podczas terapii pracy nad jedną głoską. Uwagę badaczy zwraca ponadto wykorzystywanie głównie rozwojowej sekwencji terapii głosek. Taką wiedzę należy wykorzystać podczas terapii zaburzeń artykulacyjnych (zob. p. 5.3).

²⁵³ M. ŁUSZCZUK: *Realizacja systemu fonologicznego polszczyzny u dzieci z zaburzeniami artykulacji...*

²⁵⁴ B. SAMBOR: *Zaburzone wzorce połykania i pozycji spoczynkowej języka...*, s. 149–188; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*

²⁵⁵ J. TRZASKALIK: *Terminologiczne dyskusje wokół seplenienia i jego rodzajach*. W: *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej*. Red. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2016, s. 136–153.

Inny rozkład akcentów w odniesieniu do interwencji tradycyjnej i fonologicznej odnajdujemy w literaturze słowackiej, autorzy zwracają bowiem uwagę, że różnica między terapią tradycyjną i fonologiczną jest oczywista. Najważniejsze nie jest jednak podkreślanie różnic, ale dostrzeganie, że te dwa podejścia w terapii zaburzeń mowy są nie tylko możliwe, ale również bardzo potrzebne. Należy je łączyć, aby właściwie dopasować terapię do konkretnego pacjenta, sam zaś terapeuta powinien być elastyczny i wybierać to podejście czy te wątki terapii, które pasują do typu zaburzeń obserwowanych u pacjenta, ponieważ ważny jest konkretny człowiek. Badacze podkreślają konieczność odejścia od stosowania wyłącznie metod fonetycznych albo wyłącznie metod typu fonologicznego, a w zamian proponują terapię rozwijającą wszystkie podsystemy języka.

Kończąc krótki przegląd literatury obcojęzycznej, przywołam opinię Tima Brackenbury'ego, Elizabeth Burroughs i Lynne E. Hewitt²⁵⁶. Badacze zauważają, że choć terapia logopedyczna powinna uwzględniać metody sprawdzone w badaniach naukowych (E-BP), to liczba i jakość dostępnych opracowań na temat skuteczności różnych metod postępowania jest niedostateczna (co obserwuje się także w polskiej logopedii). Wskazani autorzy podkreślają, że niektóre z publikacji są analizami kazuistycznymi, a w przypadku badań większej grupy osób nie uwzględnia się wszystkich zmiennych zakłócających lub badania mają charakter ankiety przeprowadzonej wśród terapeutów.

²⁵⁶ T. BRACKENBURY, E. BURROUGHS, L.E. HEWITT: *A Qualitative Examination of Current Guidelines for Evidence-Based Practice in Child Language Intervention*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”. Vol. 38 (1)/2008.

Rozdział 3

Założenia metodologiczne i metodyka badań

Niniejszy rozdział przedstawia cele badań, problemy, hipotezy, metody, etapy badań; tu także omawiam terminologię oraz odnoszę się do ograniczeń prowadzonych studiów. Aby ukazać złożoność podjętego problemu badawczego oraz jego szeroki kontekst związany z logopedią jako nauką i działalnością praktyczną, przedstawiam na wstępie analizy dotyczące *praktyki opartej na dowodach* (E-BP – *Evidence-Based Practice*) oraz wskazuję na trudność w ustaleniu parametrów badawczych oceny efektywności terapii zaburzeń wymowy. Takie analizy są o tyle istotne, że w polskiej logopedii generalnie brak badań uwzględniających ocenę skuteczności terapii w przypadku zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo (zob. p. 3.1.1).

Rozważania otwiera punkt dotyczący *Evidence-Based Practice*, a w jednym z kolejnych podejmuję rozważania dotyczące rozumienia zwrotu *efektywność terapii*, wskazując na aspekty indywidualne i ogólne, a także na brak w polskiej i – jak wynika z mojej wiedzy – światowej logopedii katalogu cech, które należy badać w celu określenia skuteczności danej metody pracy w przypadku terapii zaburzeń realizacji fonemów. Nie do końca poznanym aspektem prowadzonych działań postdiagnostycznych – chociaż możemy snuć pewne domysły na podstawie dostępnych obserwacji prowadzonych podczas terapii – pozostaje nadal wiedza na temat szczegółów zmian w systemie fonetycznym pacjenta poddawanego terapii logopedycznej, co ma związek z pytaniem o zakres działania „efektu domina” i samoregulacji (zob. p. 4.3.9).

3.1. Praktyka oparta na dowodach

Evidence-Based Practice – w wolnym tłumaczeniu *praktyka oparta na dowodach* – staje się coraz popularniejsza w polskiej logopedii, co nie oznacza,

że sama formuła jest jednakowo rozumiana przez badaczy, a także logopedów praktyków. Na stronie ASHA (American Speech-Language Hearing Association) czytamy, że: „celem E-BP jest integracja: (a) ekspertyzy klinicznej / opinii eksperckiej, (b) zewnętrznych dowodów naukowych oraz (c) perspektyw klienta / pacjenta / opiekuna w celu świadczenia wysokiej jakości usług odzwierciedlających interesy, wartości, potrzeby i wybory osób, którym służymy”¹.

Przyjęta definicja nawiązuje do najbardziej znanego – jak czytamy na stronie ASHA – a przedstawionego przez Davida Sacketta i współpracowników rozumienia tego zwrotu. Brzmi on w wolnym tłumaczeniu: „Medycyna oparta na dowodach polega na integracji wyników najlepszych badań z wiedzą kliniczną i wartościami prezentowanymi przez pacjentów”².

Z zamieszczonych na stronie ASHA komentarzy wynika, że idea E-BP skupia się na pacjencie i jego rodzinie, a zadaniem klinicysty (tu: logopedy) jest wybór metody terapii z uwzględnieniem najnowszych wyników badań naukowych w kontekście konkretnego pacjenta (jego preferencji, środowiska, właściwości organizmu, zdrowia, wyznawanych wartości itp.). Ostatecznym celem stosowania E-BP jest zapewnienie optymalnej pomocy konkretnemu pacjentowi. Ponieważ wiedza dotycząca zaburzeń mowy stale się zmienia, koniecznie należy uwzględniać najnowsze wyniki badań, projektując pomoc konkretnej osobie. Na stronie ASHA odnajdujemy także kluczowe kroki w procesie E-BP, a mianowicie: 1. Sformułowanie pytania klinicznego, 2. Wyszukiwanie dowodów naukowych (odnoszących się do pomocy w przypadku wykrytego zaburzenia mowy), 3. Ocena dowodów, 4. Podejmowanie decyzji klinicznej³.

Moją uwagę zwraca trzeci z wymienionych na wstępie tego punktu składników, które należy brać pod uwagę przy doborze metody pracy: perspektywy pacjenta, jego możliwości, wartości, interesy. Myślę, że należy podkreślić także inny aspekt: każdy człowiek, także dziecko ze znaczną dysfunkcją mowy, ma prawo do optymalnego rozwoju, na miarę swoich możliwości. Gwarantuje mu to *Konwencja o prawach dziecka*, która została przyjęta 20 listopada 1989 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, jak również ratyfikowana przez Polskę w 2012 roku *Konwencja o prawach osób z niepełnosprawnościami*. Człowiek ma prawo do samourzeczywistniania tkwiących w nim możliwości i wykorzystania potencjału, dlatego cele terapii oraz jej efekty powinny uwzględniać także te zmienne. Mieszczą się one w E-BP.

Na temat E-BP będzie jeszcze mowa w kolejnych punktach tego rozdziału. Zostanie w nich poruszony problem niedostatecznej liczby badań efektywności logopedycznej terapii zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo

¹ <https://www.asha.org/Research/EBP/Evidence-Based-Practice> [dostęp: 18.07.2018].

² D. SACKETT i in., *Medycyna oparta na dowodach: jak ćwiczyć i uczyć E-BM*. Wyd. 2. Churchill Livingstone, Edynburg 2000, s. 1; za: <https://www.asha.org/Research/EBP/Evidence-Based-Practice> [dostęp: 18.07.2018].

³ <https://www.asha.org/Research/EBP/Evidence-Based-Practice> [dostęp: 18.07.2018].

w polskiej logopedii (a w ograniczonym zakresie w światowej, zob. p. 2.4), ale przede wszystkim braku paradygmatu oceny tej efektywności. Odniosę się także do sytuacji następującej: na polskim rynku wydawniczym znajduje się wiele różnorodnych poradników na temat usprawniania realizacji fonemów, w tym wywoływania głosek, są też zestawy obrazków ukazujących NĆNM (zob. p. 2.2.3.3). Nie znalazłam w nich wyników badań skuteczności proponowanych metod, o czym była już mowa w p. 2.2.3. Co ma zatem robić logopeda w codziennej praktyce? Jakie metody stosować, skoro formuła E-BP wydaje się logiczna i koresponduje z dążeniem do zapewnienia pacjentowi dobrej terapii? Jednocześnie – na co zwracam uwagę – E-BP jest modelem pracy przeniesionym do logopedii z medycyny, co jednakże – pomimo niezaprzeczalnych zalet – budzi refleksję związaną z odmiennymi metodami postępowania podczas leczenia chorób i podczas terapii zaburzeń mowy.

3.1.1. O konieczności weryfikacji metod terapii

Na temat pierwszego etapu postępowania w przypadku zaburzeń realizacji fonemów pisze się już sporo prac naukowych, w których przedstawia się nie tylko opis wadliwej wymowy, ale także wyjaśnia się jej przyczyny (zob. p. 2.2.1, 2.2.2). Terapia logopedyczna zaburzeń wymowy o typie dyslalii jest jednak rzadko tematem badań naukowych, których celem jest określenie efektywności danej metody czy metod pracy, a także zajrzenie „za kulisy” terapii. Do wyjątków należą np. analizy Barbary Ostapiuk⁴, badania Moniki Łuszczuk⁵, a także artykuł Danuty Pluty-Wojciechowskiej⁶. Na problem badań dotyczących efektywności i zarządzania ich jakością zwracał także uwagę Mirosław Michalik⁷.

Jako naukowiec interesuje mnie również pytanie: co dzieje się podczas terapii dyslalii z systemem fonetycznym pacjenta pod wpływem stosowanych zabiegów?

⁴ B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidelku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2013.

⁵ M. ŁUSZCZUK: *Realizacja systemu fonologicznego polszczyzny u dzieci z zaburzeniami artykulacji szeregów dentalizowanych przy zastosowaniu terapii z wykorzystaniem trenera Myo T4K*. Rozprawa doktorska napisana w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego pod kierunkiem dra hab. Tomasza Woźniaka, prof. nadzw. UMCS. Lublin 2012.

⁶ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O „czarach i sztuczkach” podczas wywoływania głosek w przypadku dyslalii obwodowej. Wyniki wstępnych badań efektywności terapii*. „Logopedia”, T. 47/2018, vol. 2. w druku.

⁷ M. MICHALIK: *„Zarządzanie jakością” w logopedii – propozycja metodologiczna*. W: *Nowa logopedia*. T. 5. *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*. Red. M. MICHALIK. Collegium Culumbinum, Kraków 2014, s. 77–94; M. MICHALIK: *„Zarządzanie jakością” w praktyce logopedycznej (na przykładzie diagnozowania stopnia przyswojenia kompetencji ortofonicznej przez dorosłych użytkowników języka)*. W: *Nowa Logopedia*. T. 5..., s. 135–156; M. MICHALIK: *Procedury postępowania logopedycznego w świetle „teorii kompleksowego zarządzania jakością” i jej instrumentów*. „Logopedia”. T. 43/44/2014/2015, s. 13–31.

Z jakimi problemami boryka się logopeda, jakie zjawiska – korzystne i/lub niekorzystne – pojawiają się podczas przechodzenia ścieżki „od głoski wadliwej do normatywnej”? Jakie analizy – lingwistyczne, logopedyczne, biologiczne i medyczne – powinny zostać przeprowadzone, aby odkryć istotę efektywności danej metody pracy, ale także jak za pomocą ustrukturyzowanej ścieżki podczas terapii można dalej odkrywać niezwykłą drogę przyswajania i używania języka jako jedynie ludzkiej cechy przeciwstawianej innym istotom żyjącym? Dlaczego jedne strategie są efektywniejsze od innych nawet w przypadku tego samego zaburzenia opisanego za pomocą objawu i przyczyn? Kiedy i w jakich okolicznościach można liczyć na to, że pacjent będzie spontanicznie „naprawiał” własny nienormalny system fonetyczny? Czy zawsze logopeda i pacjent muszą się ciężko napracować podczas terapii? Co jest ważniejsze: wiedza i strategiczne myślenie oparte na analizach lingwistyczno-logopedyczno-biologiczno-medycznych czy znajomość „guziczków terapeutycznych”?

Nie odpowiem na wszystkie pytania. Uznaję jednak, że ich postawienie może mieć znaczenie dla projektowania badań mających na celu poznanie skuteczności poszczególnych metod terapii. Analizy przedstawione w rozdziale IV wpisują się w zapowiadzaną relację z badań ukazujących efektywność SMURF, a ich zwiastun został przedstawiony po raz pierwszy na Międzynarodowej konferencji w Chorzowie w 2017 roku, a następnie w publikacji z 2018 roku⁸.

Rzadkie podejmowanie w badaniach problematyki efektywności terapii zaburzeń mowy wydaje się zrozumiałe w obliczu braku paradygmatu oceny skuteczności działań pomocowych, a także z uwagi na trudność w doborze grup eksperymentalnych ze względu na przyjęte kryteria. Inną trudnością jest zdefiniowanie istoty efektywnej terapii w przypadku wad wymowy oraz ustalenie paradygmatu określającego badanie skuteczności terapii. Przygotowane opracowanie można zatem potraktować jako propozycję odnoszącą się do tego zagadnienia.

Badania efektywności terapii w przypadku zaburzeń obwodowych nie są też przedmiotem licznych badań zagranicznych (zob. p. 2.4). Autorzy weryfikują np. popularne nie tylko w Polsce, ale i za granicą tzw. NĆNM, o czym była mowa w p. 2.4 oraz 2.2.3.3. Warto podkreślić, że trudno jednak byłoby odnosić wyniki wszystkich ustaleń badaczy niepolskojęzycznych do osób polskojęzycznych ze względu na charakterystyczne cechy polskiego systemu fonemowego i fonetycznego. Niektóre zjawiska i wątki metodyczne mogą być jednak wykorzystywane pomimo różnic fonetycznych, np. konsekwencje metodyki terapii ze względu na intraoralne miejsce artykulacji występujące w wielu językach, uwzględnianie zjawiska gorszej pracy podniebienia miękkiego w przypadku przetok na podniebie-

⁸ Wstępne wyniki badań skuteczności terapii prowadzonej za pomocą SMURF były przedmiotem mojego wystąpienia na V Międzynarodowej Konferencji Logopedycznej „Logopedia w teorii i praktyce”, która odbyła się 16–17 września 2017 roku w Chorzowie. Zostały one także opisane w artykule: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O „czarach i sztuczkach” podczas wywoływania głosek...*

niu twardym, trudności pionizacji języka w przypadku ankyloglosji, ogólne zasady pracy w przypadku usuwania nosowania otwartego, zasady pracy w przypadku zwarć krtaniowych i gardłowych, w przypadku międzyzębowości, a także innych niewymienionych w powyższym katalogu ogólnych zasad postępowania⁹.

Propozycje polskich logopedów dotyczące terapii tradycyjnej w zakresie promowanych przez nich rozwiązań stosowanych podczas terapii wad wymowy należałoby zweryfikować, są one bowiem nadal opisywane w różnych poradnikach bez ukazywania poziomu ich efektywności, np. wywoływanie głosek w izolacji czy w sylabie, rozpoczynanie pracy od głoski szczelinowej w przypadku nauki spółgłosek dentalizowanych poszczególnych grup. Osobnym zagadnieniem jest tzw. rozciąganie wędzidełka języka, które – jako niesprawdzona w badaniach naukowych metoda – jest zalecana przez niektórych autorów. Wiedza o objawach i przyczynach wad wymowy jest współcześnie inna niż 40–50 lat temu.

3.1.2. Nauka a praktyczne działania logopedy

Mam nieodparte wrażenie, że formuła E-BP bywa różnie i niejednoznacznie rozumiana, o czym jako współautorka pisałam w wywiadzie zatytułowanym *Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce*¹⁰. Dewizę E-BP rozumie się jako postulat stosowania podczas terapii metod, które są udowodnione w badaniach ukazujących ich efektywność, ale także uwzględniając możliwości, preferencje pacjenta. Trudno nie zgodzić się z takim stanowiskiem.

Biorąc pod uwagę komentarze zamieszczone na stronie ASHA, myślę, że istotę twierdzenia dotyczącego E-BP w praktyce logopedycznej można logopedom przybliżyć następująco: specjalista, podejmując decyzję zastosowania tej, a nie innej metody terapii w odniesieniu do tego, a nie innego pacjenta, kieruje się z jednej strony wynikami badań naukowych odnoszących się do postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w przypadku zaburzenia, jakie prezentuje pacjent, z drugiej strony bierze pod uwagę indywidualne cechy osoby, z którą prowadzi terapię, oraz korzysta z różnorodnej wiedzy na temat kształtowania

⁹ Zob. p. 2.4, a także K. GOLDING-KUSHNER: *Therapy Techniques for Cleft Palate Speech and Related Disorders*. Singular Thomson Learning, Australia–Canada–Mexico–Singapore–Spain–United Kingdom–United States 2001, s. 95; G. HENNINGSON, A. ISBERG: *Velopharyngeal movement patterns in patients altering between oral and glottal articulation: a clinical and cineradiographical study*. „Cleft Palate Journal”. Vol. 23(1)/1986, s. 1–9; M. HORTIS-DZIERZBICKA: *Nasofiberoskopia w ocenie zastosowania płata gardłowego w niewydolności podniebienneo-gardłowej u pacjentów z rozszczepem podniebienia*. Borgis, Warszawa 2004.

¹⁰ B. OSTAPIUK, D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, S. GRABIAS, T. WOŹNIAK: *Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce*. „Logopedia”. T. 47(1)/2018, s. 369–398.

się mowy w normie i w patologii. W moim rozumieniu to kluczowe wyznaczniki działań podejmowanych w stosunku do pacjenta. Przy czym indywidualne cechy pacjenta (w szczególności w odniesieniu do dyslalii obwodowej) to rodzaj objawu, przyczyny zaburzeń mowy, mechanizm zaburzeń, a także inne cechy rozwoju psychomotorycznego określającego także sposób pracy, w tym preferowane przez pacjenta wartości, potrzeby, o czym w monografii była mowa wielokrotnie w różnych kontekstach.

Logopeda jest niezastąpioną osobą w projektowaniu i prowadzeniu terapii, gdyż tylko on zna specyfikę objawów i przyczyn zaburzeń mowy, jak również innych cech rozwoju psychomotorycznego konkretnego pacjenta. Dla niego zatem dobiera metody pracy, wykorzystując swoją wiedzę, wyniki badań naukowych, propozycje postępowania w przypadku zaburzeń mowy określonego typu. Można zatem powiedzieć metaforycznie, że logopeda staje się ogniwem pośrednim pomiędzy wynikami badań, wiedzą wykrytą w badaniach naukowych a pacjentem z zaburzeniami mowy, dla którego starannie dobiera sposoby pracy. Jeśli takiej roli nie przypiszemy logopedzie, to terapia – w założeniach teoretycznych – będzie mogła być prowadzona przez nielogopedów. Wystarczyłoby bowiem mechanicznie zestawić typ zaburzenia z metodą terapii.

Przypisywanie danemu zaburzeniu mowy jednej określonej metody terapii zakłada, że pacjenci z danym rodzajem dysfunkcji mowy prezentują identyczne objawy i przyczyny zaburzeń. Analizy pokazują jednak, że obecne badania nie uwzględniają wszystkich niuansów dotyczących symptomów i przyczyn dysfunkcji. Co więcej, ten sam objaw np. międzyzębowość, może być skutkiem różnych czynników patogennych i ich konfiguracji. Widać też relację odwrotną – ten sam czynnik patogenny może powodować różne objawy, czyli strategie kompensacyjne, które włącza pacjent w obliczu trudności anatomicznych i/lub czynnościowych podczas artykulacji, o czym świadczą badania Lilianny Konopskiej, Barbary Ostapiuk, Danuty Pluty-Wojciechowskiej i Barbary Sambor, a także Izabeli Malickiej, wielokrotnie przywoływane w niniejszej monografii.

Na przykład współczesne badania prowadzone przez logopedów – jak wynika z mojej wiedzy – uwzględniają poziom skrócenia wędzidełka języka dla powstawania wadliwych cech fonetycznych, ale nie biorą pod uwagę typu ankyloglosji ze względu na miejsce przyczepów, usytuowanie wędzidełka w odniesieniu do płaszczyzny przednio-tylnej, grubość wędzidełka, towarzyszące w przypadku niektórych pacjentów skrócenie błony śluzowej w części podjęzykowej, a także metody przecinania wędzidełka języka¹¹. Odkrywanie niuansów obja-

¹¹ A. HAZELBAKER: *Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF). Use in a lactation consultant's private practice*. Pacific Oaks College, Pasadena 1993; S.-J. JANG, B.-K. CHA, P. NGAN, D.-S. CHOI, S.-K. LEE, I. JANG: *Relationship between the lingual frenulum and craniofacial morphology in adults*. „American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics”. Vol. 139(4)/2011, s. 361–367; L.A. KOTLOW: *Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment*

wów i niuansów przyczyn zaburzeń artykulacji ciągle jest przed nami. Skoro tak, to współczesne metody terapii, np. zaburzeń realizacji fonemów – nawet te oparte na dowodach – nie uwzględniają wszystkich parametrów, które możemy zaobserwować u konkretnego pacjenta. Co więcej, dla jednych dowodem skuteczności terapii jest głoska oceniana za pomocą słuchu, a dla innych z użyciem nie tylko słuchu, ale także wzroku, dotyku i specjalnych prób. Jak zatem porównywać wyniki skuteczności osiąganych wyników podczas terapii? Badanie za pomocą artykulografu, z pewnością ważne i wnoszące nową wiedzę o wymowie, również ma swoje ograniczenia, o czym pisałam w innej publikacji¹². W gabinetach nie ma jednak urządzeń do badania wymowy i do dyspozycji logopedy pozostają jego zmysły słuchu i wzroku, a także dotyku.

Moje komentarze nie mają na celu podważanie formuły E-BP, są raczej głosem, który ma ukazać logopedom ich rolę w projektowaniu i prowadzeniu terapii. Znaczenie logopedy – jego wiedzy, umiejętności, zdolności myślenia przyczynowo-skutkowego, twórczego wykorzystywania metod terapii znanych i sprawdzonych w badaniach – jest kluczowe dla uzyskania efektywnej terapii. Stąd konieczność znajomości wyników badań naukowych, ale też potrzeba weryfikacji znanych, choć niesprawdzonych podczas badań sposobów pomocy.

Jeśli przyjmiemy, że logopeda, pracując z pacjentem „tu i teraz”, sporządził diagnozę objawowo-przyczynową, którą stale aktualizuje podczas każdego spotkania z pacjentem, zna także wyniki badań naukowych odnoszących się do diagnozy i terapii danego typu zaburzeń, to dojdziemy do wniosku, że taki specjalista ma kompetencje do wyboru metody pracy dopasowanej do tej, a nie innej osoby. Jego wybory powinny być rozważne i pełne pokory, gdyż każdy pacjent jest inny, mimo że skategoryzujemy jego zaburzenie w postaci nazwy określonej jednostki nozologicznej, np. dyslalia anatomiczna. Zauważmy, że poziom precyzji diagnozy o charakterze objawowo-przyczynowym zależy od tego, jak „mocno oświetlimy” objaw i przestrzeń związaną z poszukiwaniem przyczyn zaburzeń. Jestem głęboko przekonana, że współcześnie nie badamy wszystkich uwarunkowań wad wymowy (i nie tylko) lub badamy w sposób niedokładny, gdyż mamy takie, a nie inne narzędzia poznawcze. Przykładem takiej sytuacji jest trudność w interpretacji badań, jakie prowadziłam wspólnie z Barbarą Sambor¹³, a o których pisałam w p. 2.2.2.1.

quandary. „Quintessence International”. Vol. 30 (4)/1999 s. 259–262; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *O różnych typach wędzidełka języka, ich ocenie i interpretacji wyników badań w logopedii*. „Logopedia”. T. 45/2016, s. 123–155.

¹² D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Recenzja książki Anity Lorenc pt. Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2016. „Logopedia”. T. 46, 2017, s. 378–386.

¹³ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *Pomiędzy słowem, frazą i zdaniem...*, s. 169–189.

3.1.3. Czy stosować niezweryfikowane w badaniach metody terapii?

Jeśli przyjmiemy dewizę E-BP w (upraszczając) ortodoksyjnym brzmieniu (czyli *można stosować tylko metody sprawdzone w badaniach naukowych*), to nie należałoby stosować proponowanych przez autorów różnych poradników zaleceń dotyczących tego, jak prowadzić terapię w przypadku dyslalii obwodowej, ćwiczyć narządy mowy, wywoływać głoski itp. gdyż w literaturze polskiej, ale też i zagranicznej (zob. p. 2.4) generalnie brak badań ukazujących skuteczność wielu proponowanych od dziesiątków lat metod pracy, np. konieczności (czy też preferencji) rozpoczynania ćwiczeń od głoski szczelinowej w przypadku pracy nad szeregiem głosek dentalizowanych dźwiękowych, wywoływania głoski w izolacji, następnie w nagłosie lub ta pozycja jest preferowana.

Nie jestem zwolenniczką takiego rozumienia formuły E-BP w obliczu braku badań skuteczności wielu metod terapii, chociaż w związku z niektórymi propozycjami publikowanymi od lat w różnych poradnikach i innych podobnych opracowaniach różni badacze w Polsce od lat wyrażali swoje wątpliwości (zob. p. 2.2.3, 2.4). Myślę, że podejmując decyzje terapeutyczne, można sięgać do pomysłów opracowanych ponad 40 lat temu (a powielanych w różnych poradnikach), należy jednak jednocześnie szukać ich metodycznego, naukowego i logicznego uzasadnienia, jeśli brak badań empirycznych na temat skuteczności proponowanych sposobów pracy. Nie oznacza to zatem rezygnacji z wszystkich opisanych wiele lat temu metod, wiele z nich sprawdza się bowiem także dzisiaj.

Zdumienie pojawia się np. w związku z wywoływaniem niektórych głosek z zaciśniętymi łukami zębowymi, ćwiczeniem z korkiem umieszczonym pomiędzy górnym a dolnym łukiem zębowym, zalecaniem różnego rodzaju ćwiczeń dla tzw. rozciągania wędzidełka języka bez – zauważmy – badań skuteczności tej metody postępowania i uwzględniania badań dotyczących budowy wędzidełka języka¹⁴. Np. Ewa M. Skorek wymienia 18 ćwiczeń, które rozciągają wędzidełko języka, nie przytacza jednak badań dotyczących skuteczności proponowanych ćwiczeń¹⁵.

Polska logopedia ma znaczny dorobek na temat praktycznych rozwiązań zawierających wiedzę opartą na doświadczeniu autorów, co jest ważnym wkładem w tworzenie zrębów praktycznych procedur postępowania terapeutycznego. W trosce o teraźniejszość i przyszłość pacjentów oraz rozwój teorii logopedycz-

¹⁴ Zob. analiza tego zagadnienia D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *O różnych typach wędzidełka języka...*, s. 123–155, a także badania struktury wędzidełka języka, jakie prowadzili Roberta LOPES DE CASTRO MARTINELLI, Irene QUEIROZ MARCHESAN, Reinaldo JORDÃO GUSMÃO, Heitor MARQUES HONÓRIO, Giedre BERRETIN-FELIX: *The effects of frenotomy on breastfeeding*. „Journal of Applied Oral Science”. Vol. 23(2)/2014, s. 153–157.

¹⁵ E.M. SKOREK: *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja*. Impuls, Kraków 2010, s. 32–33.

nej, należałoby jednak zweryfikować za pomocą badań naukowych sposoby terapii proponowane przez różnych autorów. Myślę, że te dwa nurty polskiej logopedii – naukowy i praktyczny – powinny się spotkać w badaniach dotyczących nie tylko opisu objawu i odkrywania przyczyn zaburzeń, ale też w badaniach efektywności metod terapii, także w przypadku zaburzeń realizacji fonemów. Niniejsza monografia wpisuje się w ten kierunek rozwoju logopedii, choć podjęte studia nie umożliwiają odpowiedzi na wszystkie pytania.

W związku z działalnością praktyczną jest jeszcze jeden problem. Aby dobrze zaprogramować i prowadzić terapię, u niektórych logopedów musi się jeszcze pojawić chęć i potrzeba czytania opracowań naukowych, zapoznania się z metodami analizowania objawów i przyczyn zaburzeń z wykorzystaniem wiedzy lingwistycznej, logopedycznej, biologicznej i medycznej, stosowania myślenia strategicznego podczas terapii w miejsce poszukiwania uniwersalnych metod i tzw. guziczków terapeutycznych czy – używając innej metafory – sztuczek i czarów typu: *Nie ma głoski – jest głoska*¹⁶. W punkcie 5.4, 5.5 odniosę się do tego zagadnienia jeszcze raz w kontekście wyników badań z wykorzystaniem SMURF.

Przedstawione w rozdziale IV wyniki badań ukazują skuteczność proponowanych metod pracy, ale – na co zwracam uwagę – nie można ich porównać z innymi badaniami prowadzonymi w Polsce i za granicą, ponieważ podobnych analiz nie prowadzono.

3.2. Efektywność terapii zaburzeń realizacji fonemów jako kategoria badań w logopedii

3.2.1. O sprawnym działaniu

Efektywność działań łączy się ze sposobem prowadzenia pewnych poczynań, aktywności, praktyk, operacji i należy ją rozpatrywać w kontekście jakości podejmowanych działań oraz ich efektów, co wiąże się z perspektywą prezentowaną w prakseologii.

Zgodnie ze słownikiem *prakseologia* (od gr. *práksis*, *prákseos* ‘praktyka’ + *-logia*) to „ogólna teoria sprawnego działania, dziedzina badań naukowych dotyczących wszelkiego celowego działania ludzkiego”¹⁷. Podobną definicję znajdujemy w *Słowniku języka polskiego*, w którym czytamy, że *prakseologia* to „dziedzi-

¹⁶ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O „czarach i sztuczkach” podczas wywoływania głosek...*

¹⁷ *Uniwersalny słownik języka polskiego*. Red. S. DUBISZ. Wersja elektroniczna. PWN, Warszawa 2004.

na badań naukowych dotyczących metod wszelkiego celowego działania ludzkiego¹⁸. Prekursorem badań tego problemu w Polsce był Tadeusz Kotarbiński, a swoje analizy zawarł w klasycznym dziele pt. *Traktat o dobrej robocie*¹⁹. Prakseologia określa cechy sprawnego działania, do których można zaliczyć np. skuteczność.

Z terminem *skuteczność*, *skuteczny* wiąże się termin *efektywność*, *efektywny*. W słowniku czytamy bowiem:

„skuteczny syn. nienadaremny, owocny

1. dający pozytywne, pożądane wyniki, wywołujący oczekiwany skutek [...]
2. taki, którego działalność przynosi efekty, daje pozytywne wyniki²⁰.

Z kolei

„efektywny (niem. *effektiv*, ang. *effective*, fr. *effectif*) książk.

- a) dający dobre wyniki, przynoszący spodziewane efekty [...]
- b) skuteczny, wydajny [...]
- c) istotny, rzeczywisty²¹.

Z pojęciem *skuteczność* wiąże się termin *efektywność*. Zgodnie ze słownikiem *efektywność* to inaczej wydajność, skuteczność²². Z kolei wydajność jest określaną jako „stosunek między ilością lub wartością uzyskaną a ilością lub wartością wydatkowaną w danym procesie produkcji; ilość czegoś wytworzonego, wyprodukowanego, uzyskanego z czegoś²³”.

Skuteczność działania wiąże się z osiągnięciem zamierzonego celu. Można zatem uznać, że działanie jest skuteczne, jeśli postawiony cel został osiągnięty. Zauważmy jednak, że skuteczność jako kategoria związana z realizacją zamierzonego celu – np. w kontekście efektów terapii logopedycznej – może mieć różne poziom nasilenia. Cel może być osiągnięty całkowicie lub częściowo, można także nie osiągnąć zmierzonego celu.

Warto także zauważyć, że ekonomiczna perspektywa analizy efektywności działania²⁴ nie jest możliwa w pełni do zastosowania w przypadku oceny efektywności terapii logopedycznej, co ma związek z różnie definiowanymi celami działań w zależności od pacjenta, jego potrzeb, możliwości. Należy je brać pod uwagę podczas projektowania terapii, co wynika z E-PB. Przypomnijmy bo-

¹⁸ Słownik języka polskiego PWN; <https://sjp.pwn.pl/szukaj/prakseologia.html>.

¹⁹ T. KOTARBIŃSKI: *Traktat o dobrej robocie*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1965.

²⁰ *Uniwersalny słownik języka polskiego...*

²¹ *Ibidem*.

²² *Ibidem*.

²³ *Ibidem*.

²⁴ Np. S. DĘBSKI, D. DĘBSKI: *Ekonomika i organizacja przedsiębiorstw*. WSiP, Warszawa 2006.

wiem, że propagatorzy tej dewizy wskazują na 3 źródła, jakie należy brać pod uwagę, podejmując terapię, a mianowicie ekspertyzę, czyli diagnozę kliniczną, dowody badań naukowych (w domyśle: dotyczących postępowania logopedycznego), perspektywy pacjenta (wyrażane przez pacjenta lub jego opiekunów), co oznacza uwzględnianie jego potrzeb, możliwości, interesów, wartości, wyborów, a zatem także właściwości indywidualnych.

3.2.2. Definicja efektywnej terapii i niektóre trudności jej badania

Biorąc pod uwagę różnorodność zmiennych pojawiających się w związku z oceną efektywności terapii, proponuję następującą roboczą definicję dotyczącą terminu *efektywność terapii*, a mianowicie: efektywność terapii logopedycznej to cecha określająca poziom skuteczności prowadzonej terapii, której cele wynikają z diagnozy. Z kolei efektywna terapia logopedyczna to działania logopedy stosowane w odniesieniu do pacjenta z zaburzeniami mowy, które przynoszą w optymalnym czasie i w optymalny sposób spodziewane efekty formułowane w zależności od pacjenta.

Jak zatem oceniać efektywność terapii w przypadku dyslalii anatomicznej i/lub funkcjonalnej? Co i jak mierzyć? Czas terapii? Jakość uzyskanych głosek? Tempo dokonujących się przemian u pacjenta? Liczbę przeprowadzonych wizyt u logopedy potrzebnych do wywołania głoski? Czas potrzebny do wywołania wszystkich głosek, jakie są przedmiotem terapii? Podobnych pytań rodzi się więcej, np.:

1. Jaką głoskę chcemy wywołać: normatywną czy nienormatywną? Nawet w przypadku znacznej wady wymowy u osoby ze znaczną wadą zgryzu możemy wywołać nową głoskę w miejscu dotychczasowej. Pozostaje pytanie, jaka to będzie głoska: normatywna czy nienormatywna? Jeśli wywołamy głoskę nienormatywną z uwagi na warunki anatomiczne, to czy będzie to efektywna terapia? Jak mierzyć efektywność terapii w takich przypadkach?
2. Dlaczego czasem decydujemy się wywoływać głoskę nienormatywną?
3. Czym mierzyć efektywność wywoływania głoski? Czasem wywoływania głoski czy jej jakością?
4. W jaki sposób ustalać rodzaj wywołanej głoski – jakością jej brzmienia czy ustalając szczegóły budowy artykulacyjnej z wykorzystaniem słuchu i wzroku?
5. W kontekście procedury zwanej E-BP należałoby uwzględnić w terapii takie metody, które są oparte na dowodach, ale pojawiają się uzasadnione wątpliwości, co jest dowodem efektywności terapii w przypadku decyzji o wywoływaniu głoski nienormatywnej z uwagi na patomechanizm zaburzeń i niemożliwość uzyskania głoski normatywnej (zob. strategia optymalizacji w SMURE, p. 2.3.4)?

6. Czy dotychczasowe osiągnięcia logopedii w zakresie wywoływania głosek należy odrzucić i posługiwać się tylko tymi metodami, które są zgodne z E-BP?

Ocena efektywności terapii w przypadku dyslalii obwodowej jest o tyle trudna, że w dotychczasowej literaturze brak analiz tego typu lub badania dotyczą wybranych aspektów (zob. p. 2.4, 3.1.1). Nie podjęto także badań, które ukazywałyby np., jakie zjawiska – korzystne i niekorzystne – pojawiają się podczas przechodzenia z jednego etapu terapii do kolejnego.

3.2.3. Intraindywidualna i ogólna wykładnia efektywności terapii

Do oceny efektywności terapii logopedycznej można podejść w dwojaki sposób, co ma związek z przyjętą perspektywą analizy. Można wyróżnić podejście intraindywidualne oraz ogólne.

Jeśli przyjmiemy zaproponowaną definicję efektywnej terapii wraz z wykładnią skuteczności terapii związanej z możliwościami, potrzebami, preferencjami pacjenta (zob. E-BP), to jednocześnie musimy uznać, że cele terapii mogą być odmiennie w odniesieniu do pacjentów z tym samym typem dyslalii zdefiniowanej za pomocą tożsamej nazwy jednostki nozologicznej.

Jeśli, dla przykładu, pacjent ma ankyloglosję i decyduje się na przecięcie wędzidełka języka, co powoduje – w różnym zakresie – likwidację głównej przyczyny nienormatywnej realizacji fonemów, to ma on – w myśl współczesnej wiedzy – większe szanse na osiągnięcie prawidłowej wymowy niż pacjent z tym samym typem ankyloglosji, ale niewyrażający zgody na zabieg chirurgicznego przecięcia wędzidełka języka. W jednym i drugim przypadku logopeda może podjąć terapię, osiągnięte efekty będą jednak różne. W pierwszym przypadku można założyć jako cel naukę normatywnych głosek, w drugim osiągnięcie tego celu może być trudne lub niemożliwe. Nie wyklucza to terapii, jej efektem będzie jednak – jak przypuszczam – uzyskanie głosek w różnym zakresie zbliżonych do normatywnych. Jeśli spowoduje to zwiększenie zrozumiałości mowy i – co ważne – będzie zgodne z potrzebami i pragnieniami pacjenta lub jego opiekunów, to taki skutek terapii oznacza terapię efektywną, pomimo że pacjent artykułuje głoski wadliwe (z jednej wady przeszedł do innej).

Pomiędzy stawianym celem a efektem terapii odnajdujemy także inne zmienne, jak zaangażowanie pacjenta i jego opiekunów w procedurę terapii, a także inne właściwości, np. determinację w osiąganiu założonych celów, własne motywacje i cele życiowe. Dla młodego adepta sztuki teatralnej uzyskanie wzorcowej wymowy jest jednym z najbardziej upragnionych celów terapii²⁵, a u nastolatka,

²⁵ Zob. D. MICHAŁOWSKA: *Podstawy polskiej wymowy scenicznej*. PWST im. Ludwika Solskiego w Krakowie, Kraków 1975; B. TOCZYSKA: *Elementarne ćwiczenia dykcji*. Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe, Gdańsk 2000; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Logopedyczne badanie młodych adeptów sztuki aktorskiej...*, s. 460–485.

którego jedynie rodzice i ortodonta widzą potrzebę ćwiczeń czynności prymarnych i wymowy, zaangażowanie w terapię może być na niskim poziomie.

Porównywanie wyników badań efektywności terapii za pomocą różnych metod wymaga zatem ustalenia pewnych pryncypiów, kategorii oraz metody oceny efektywności terapii, np. jak oceniać jakość głosek, które są przedmiotem diagnozy wstępnej, ale także podczas ich wywoływania i ćwiczenia, jak również podczas oceny efektywności prowadzonych działań.

Intraindywidualne podejście do badania wiąże się z perspektywą danego pacjenta wraz z jego niepowtarzalnym zestawem warunków osobniczych i polega na ocenie skuteczności terapii przez porównanie poziomu i dynamiki realizacji założonych celów w odniesieniu do tej właśnie osoby, a uwzględniających jakiś odcinek czasowy. Prace kazuistyczne są dobrą i uznaną metodą badań naukowych, ale także służą praktykom do sprawdzenia skuteczności własnej terapii u pacjentów o podobnym typie zaburzeń. Interesujące byłyby też analizy porażek, nieskutecznych działań, jakie – jak sądzę – są udziałem wielu logopedów podczas prowadzonych działań. Takie analizy pozwoliłyby zobaczyć drugą stronę badanych zjawisk.

Podejście ogólne w badaniu efektywności terapii może polegać na badaniu skuteczności danej metody u jednej lub kilku grup osób. Pryncypialne wartości etyczne nie pozwalają na projektowanie i prowadzenie badań, które narażałyby osoby poddane eksperymentowi na szkody związane z procedurą badawczą, podczas której np. jedna grupa jest specjalnie poddana nieprawidłowej terapii lub celowo pozbawia się pewnej grupy pomocy.

Ogólne podejście do badań efektywności danej metody terapii rodzi też konieczność wyznaczenia kryteriów oceny skuteczności terapii na tyle ogólnych, aby można było ukazać pewne rysujące się tendencje. Jest to o tyle ważne, że dotyczy ustalenia poziomu skuteczności proponowanej metody terapii, w tym wypadku dotyczącej usprawniania realizacji fonemów.

Kolejny problem wiąże się z tym, że w polskiej logopedii, a jak wynika z mojej wiedzy także w logopedii światowej, nie prowadzono badań na temat skuteczności usprawniania realizacji fonemów z wykorzystaniem wyróżnionych przeze mnie etapów i związanych z nimi metod pracy oraz strategii. Brak algorytmu, który można zastosować do oceny efektywności terapii w przypadku zaburzeń realizacji fonemów, powoduje konieczność dokonania wyboru takich aspektów terapii, które w subiektywnej ocenie badacza są ważne.

3.2.4. Kategorie badania efektywności usprawniania realizacji fonemów w przypadku zaburzeń obwodowych

Efektywność terapii w przypadku dyslalii obwodowej wiąże się – oprócz jakości głosek – także z długością czasu prowadzonych działań mierzonych np. liczbą wizyt potrzebnych do wywołania głoski oraz z tempem dokonujących się przemian u pacjenta, co – podkreślmy – zależy może między innymi od jego możliwości, zaangażowania w terapię i wielu innych czynników, m.in. podatności pacjenta na modalności określonego typu: słuchowe, wzrokowe, kinestetyczne, specyficzne cechy skróconego wędzidełka języka (np. jeśli pacjent nie zechce go przecinać pomimo zaleceń logopedy).

Proponowane kategorie badania efektywności terapii uwzględniają wybrane, a w moim rozumieniu istotne aspekty pracy za pomocą SMURF. Proponuję zatem uwzględnić następujące kryteria oceny efektywności prowadzonej terapii, a mianowicie:

1) w odniesieniu do konstruowania przedpola artykulacji:

- analizę nielogopedycznych działań związanych z likwidacją przyczyn zaburzeń realizacji fonemów, np. przecięcie wędzidełka języka, leczenie laryngologiczne, konsultacje z fizjoterapeutą, leczenie ortodontyczne (np. wspomaganie terapii logopedycznej za pomocą metod ortodontycznych ułatwiających uzyskanie prawidłowej pozycji spoczynkowej języka, jak np. trainer, guziczki językowe na podniebiennej powierzchni górnych siekaczy, kolce itp.),
- normalizację czynności prymarnych, co wiąże się m.in. z nauką prawidłowego oddychania i połykania; istotnym etapem uzyskania prawidłowej pozycji spoczynkowej i połykania jest wywołanie pozycji wertykalno-horyzontalnej języka jako kluczowej dla nauki tych czynności biologicznych, a także – jak wynika z analiz lingwistycznych – dla nauki większości spółgłosek języka polskiego;

2) w odniesieniu do okoliczności wywoływania głosek:

- analizę warunków progowych wywoływania pierwszej głoski,
- rozważania na temat metod i ram wywoływanych głosek,
- tempo przechodzenia z jednej fazy terapii do kolejnej; przy czym poszczególne fazy pracy dotyczą działań związanych z konstruowaniem przedpola artykulacji (np. nauka pozycji w-h języka, prawidłowego oddychania wraz pozycją spoczynkową języka oraz połykania) i nauką głosek, co łączy się z przechodzeniem z jednej fazy fonetycznej do następnej (rodzaje faz fonetycznych określają głoski wyodrębnione ze względu na określoną cechę fonetyczną, np. miejsce artykulacji, zob. p. 4.1),
- jakość wywoływanych głosek;

3) w odniesieniu do dynamiki terapii:

- ocena tempa dokonujących się przemian u pacjentów na skutek prowadzonej terapii i leczenia;

4) w odniesieniu do „efektu domina” i samoregulacji (zob. p. 4.3.9):

- analizę zmian w systemie fonetycznym – wystąpienie nowych głosek (których pacjent nie ćwiczył z logopedą), powstałych pod wpływem leczenia i prowadzonej terapii;

5) w odniesieniu do poszczególnych pacjentów:

- indywidualna analiza efektywności terapii dotycząca zmian realizacji fonemów na skutek podjętych działań postdiagnostycznych, w tym bezpośredniej terapii logopedycznej.

Analiza efektywności terapii powinna być poprzedzona omówieniem wyników diagnozy z uwzględnieniem cech objawu, w tym liczby i rodzaju fonemów realizowanych nienormatywnie, a także typów nienormatywnych cech fonetycznych wykrytych w dźwiękowych realizacjach fonemów. Kolejnym wątkiem diagnozy może być rozważenie liczby i rodzaju odmienności anatomicznych i/lub czynnościowych przestrzeni orofacjalnej, które w świetle współczesnej wiedzy uznaje się za przyczyny zaburzeń realizacji fonemów. Taka analiza umożliwia wskazanie formy dyslalii obwodowej: anatomicznej, funkcjonalnej i anatomiczno-funkcjonalnej.

3.3. Cele, problemy i hipotezy badawcze

Głównym celem prowadzonych, a referowanych w niniejszej monografii badań było określenie – z wykorzystaniem parametrów wskazanych w p. 3.2 (zob. też problemy badawcze) – efektywności terapii logopedycznej prowadzonej w warunkach gabinetu logopedycznego²⁶ za pomocą SMURF (a także związanej z SMURF fizjologicznej terapii miofunkcjonalnej FTM) u dzieci, młodzieży i dorosłych z zaburzeniami realizacji fonemów o etiologii anatomicznej, funkcjonalnej i anatomiczno-funkcjonalnej. Podjęty problem badawczy nie uzyskał w dotychczasowej literaturze rozwiązania dla osób polskojęzycznych, dlatego cel teoretyczny wiąże się ze stworzeniem propozycji paradygmatu umożliwiającego ocenę efektywności usprawniania realizacji fonemów z wykorzystaniem analiz lingwistyczno-logopedyczno-medycznych. Studia odnoszące się do wyników badań pozwolą na weryfikację skuteczności SMURF w przypadku zaburzeń realizacji fonemów konstytuujących się na podstawie

²⁶ Terapia logopedyczna – nie tylko wad wymowy – zazwyczaj odbywa się w gabinecie logopedycznym. Od wielu lat prowadzi taki gabinet; w nim odbywały się referowane badania.

odmienności anatomicznych i/lub zaburzeń czynnościowych określonego typu w zależności od wieku pacjentów. Ponieważ terapia logopedyczna wymaga wcześniejszej diagnozy (choćby o charakterze wstępnym), jednym z celów badań jest przeprowadzenie rozpoznania, które umożliwia zaprojektowanie i podjęcie działań postdiagnostycznych, w tym bezpośredniej terapii logopedycznej. Wykorzystanie w badaniach wątku diagnozy jest także konieczne ze względu na określenie efektywności terapii, co wiąże się z porównaniem stanu początkowego wymowy osób objętych terapią z wymową tych osób uzyskaną w zakończeniu badań.

Zaprojektowane badania empiryczne i ich analizy w wyznaczonych celach granicach dopełnią lingwistyczną i biologiczną teorię kształtowania się mowy, w tym realizacji fonemów w ontogenezie w dyskursie zaburzonym. Jednocześnie prowadzone badania oraz interpretacja ich wyników przyczynią się do rozwoju logopedycznej teorii i metodyki postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo, przez co będą krystalizować samodzielność logopedii jako nauki. Przeprowadzone studia pozwolą również na określone przyjętymi założeniami metodologicznymi i metodycznymi porównanie przyjętego w SMURF stylu pracy z dotychczasowym modelem terapii tradycyjnej utożsamianej z propozycją przez Charlesa van Ripera.

Badania uwzględniły także częstość i jakość zaburzeń realizacji fonemów w badanej grupie z dyslalią obwodową wraz z określeniem warunków anatomicznych i/lub czynnościowych narządów mowy. Dla porównania i profilowania przyszłych projektów uzyskane wyniki dotyczące częstości występowania anomalii anatomicznych i zaburzeń czynnościowych zostaną porównane z cechami grupy osób z zaburzeniami, takimi jak autyzm, zespół Aspergera, mutyzm, jąkanie, opóźniony rozwój mowy (grupa B). W badaniach osób z dyslalią obwodową (grupa A, w której wyodrębniłam ze względu na wiek podgrupy I, II, III) uwzględniłam ujęcie ogólne i ujęcie indywidualne. W ujęciu ogólnym porównuję wyniki badań wyodrębnionych podgrup I, II i III, a w ujęciu indywidualnym analizuję wyniki poszczególnych pacjentów wyłonionych podgrup I, II i III.

Problemy badawcze

W ASPEKcie OGÓlNEJ WIZJI POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEGO W PRZYPADKU DYSLALII OBWODOWEJ

1. Jaka jest ogólna struktura procedury usprawniania realizacji fonemów w przypadku dyslalii obwodowej? Czy – a jeśli tak, to jakie – fazy fonetyczne można wyodrębnić prowadząc terapię dyslalii obwodowej za pomocą SMURF?

W ASPEKCIE DIAGNOZY

Osoby z zaburzeniami wielopłaszczyznowymi (grupa B)²⁷

1. Jaka jest częstość występowania nienormatywnych warunków anatomicznych i/lub czynnościowych²⁸ u dzieci ze zdiagnozowanym podstawowym zaburzeniem mowy, takim jak opóźniony rozwój mowy, autyzm, zespół Aspergera, jękanie, mutyzm (grupa B – osoby z zaburzeniami wielopłaszczyznowymi)?

Osoby z dyslalią obwodową (grupa A) – ujęcie ogólne

1. Jaka jest częstość występowania nienormatywnych realizacji fonemów u osób z dyslalią obwodową, a także jakie cechy nienormatywne w przypadku realizacji fonemów spółgłoskowych występują najczęściej w zależności od grupy (I, II, III²⁹) oraz czy istnieją różnice pomiędzy badanymi grupami I, II i III? Jaka jest śródwymawianiowa pozycja języka, zwana także Inter-Speech w zależności od badanej grupy I, II i III?
2. Jaka jest częstość występowania nienormatywnych warunków anatomicznych i/lub czynnościowych w przypadku osób z dyslalią obwodową w zależności od grupy I, II, III?
3. Jaka jest częstość występowania poszczególnych form dyslalii obwodowej, a mianowicie dyslalii anatomicznej, dyslalii funkcjonalnej i dyslalii anatomiczno-funkcjonalnej w zależności od grupy I, II i III?

Osoby z dyslalią obwodową (grupa A) – ujęcie indywidualne

1. Które fonemy są realizowane nienormatywnie i jaka jest liczba czynników szkodliwych o charakterze anatomicznym i/lub czynnościowym w obrębie przestrzeni ustno-twarzowej, a także forma dyslalii w zależności od pacjenta z I, II, III grupy osób z dyslalią obwodową?
2. Jakie są różnice dotyczące średniej liczby nienormatywnie realizowanych fonemów spółgłoskowych oraz średniej liczby wadliwych czynników anatomicznych i/lub czynnościowych pomiędzy grupą I, II i III?

²⁷ Pisząc *zaburzenia wielopłaszczyznowe*, mam na myśli, że oprócz zaburzenia podstawowego, jak np. autyzm, jękanie, występowały także wadliwe warunki anatomiczne i/lub czynnościowe narządów mowy oraz wadliwa wymowa, której cechy wskazywały, że wynika (przy współistnieniu innych przyczyn) z nieprawidłowych warunków obwodowych, np. międzyczębowość i zgryz otwarty. Nazywam tę grupę „osoby z zaburzeniami wielopłaszczyznowymi”, zdając sobie sprawę z uproszczenia problemu. W toku badań okazało się, że w tej grupie u jednej osoby nie występowały zaburzenia anatomiczne i/lub czynnościowe narządów mowy. Zob. p. 4.2.2.

²⁸ Nienormatywne warunki anatomiczno-czynnościowe to występowanie u badanych osób ankyloglosji i/lub wady zgryzu i/lub nieprawidłowego modelu oddychania i/lub niezgodnego z wiekiem modelu połykania i/lub nieprawidłowego odgryzania i/lub żucia i/lub przedłużonego (powyżej 2 r.ż.) i częstego – w przeszłości i/lub obecnie – picia z butelki ze smoczkiem, kubeczka niekapka i/lub przedłużonego (ponad 2. r.ż.) i częstego – w przeszłości i/lub obecnie – ssania smoczka uspokajacza i/lub innych szkodliwych nawyków w obrębie narządu żucia (w przeszłości i/lub obecnie).

²⁹ W grupie A wyodrębniłam ze względu na wiek 3 podgrupy: I, II, III.

W ASPEKCIE TERAPII LOGOPEDYCZNEJ – osoby z dyslalią obwodową (grupa A)

Motywacja do podjęcia terapii, leczenie wielospecjalistyczne – ujęcie ogólne

1. Jaka jest motywacja pacjentów dorosłych lub opiekunów osób niepełnoletnich do podjęcia terapii logopedycznej w zależności od I, II i III grupy osób z dyslalią obwodową?
2. Jaka jest częstość i jakość opieki logopedycznej w zależności od I, II i III grupy osób z dyslalią obwodową?
3. Jaka jest częstość wielospecjalistycznej pomocy o charakterze medycznym – laryngologicznej, ortodontycznej, chirurgicznej i fizjoterapeutycznej w zależności od I, II i III grupy osób z dyslalią obwodową?

Dynamika terapii w odniesieniu do normowania czynności prymarnych – ujęcie ogólne

1. Jaka jest dynamika terapii³⁰ w odniesieniu do normowania czynności prymarnych, w tym w szczególności wywołania pozycji w-h języka, inicjacji prawidłowego modelu oddychania, inicjacji dojrzałego połykania w sposób mechaniczny, inicjacji samodzielnego dojrzałego połykania w zależności od grupy I, II i III oraz czy istnieją różnice pomiędzy badanymi grupami?

Okoliczności wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej – ujęcie ogólne

1. Jak jest tempo wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej w zależności od grupy I, II i III?
2. Jakie głoski są wywoływane jako pierwsze i w jakim zakresie pacjenci prezentują warunki progowe sprawności narządów mowy, które umożliwiają wywołanie wybranej do ćwiczeń głoski?

³⁰ Dynamika terapii to tempo uzyskiwania przez pacjenta kluczowych osiągnięć związanych z działaniami logopedy w stosunku do pacjenta podejmowanymi podczas usprawniania realizacji fonemów; dotyczą one normowania czynności prymarnych i wywołania głosek. Wskaźnikiem tempa uzyskiwania przez pacjenta danej zmiany w odniesieniu do normowania głównych czynności prymarnych będzie określenie wizyty, na której pacjent osiągnął badaną umiejętność. Analizowane umiejętności będą dotyczyć: inicjacji pozycji w-h języka, inicjacji prawidłowego modelu oddychania, inicjacji dojrzałego połykania w sposób mechaniczny, inicjacji samodzielnego dojrzałego połykania, wywołania pierwszej głoski. W przypadku określania dynamiki przechodzenia z I fazy fonetycznej (określonej rodzajem wywoływanych głosek wyodrębnionych najczęściej ze względu na miejsce artykulacji) do II fazy fonetycznej wskaźnikiem będzie określenie, na której wizycie – licząc od wywołania pierwszej głoski – u pacjenta została wywołana pierwsza głoska II fazy fonetycznej. Analogicznie, w przypadku określania dynamiki przechodzenia z II fazy fonetycznej do III fazy fonetycznej wskaźnikiem będzie określenie, na której wizycie – licząc od wywołania pierwszej głoski II fazy fonetycznej – u pacjenta została wywołana pierwsza głoska III fazy fonetycznej (zob. p. 4.1).

3. Jakie są najczęściej stosowane metody³¹ i ramy wywoływanych głosek³², biorąc pod uwagę rodzaj głoski w przypadku pierwszej głoski I fazy fonetycznej w zależności od grupy I, II i III?
4. Jaka jest jakość wywoływanej pierwszej głoski I fazy fonetycznej ze względu na normę przyjętego systemu fonetycznego w zależności od grupy I, II i III? Jeśli wywołane głoski są nienormatywne, to dlaczego?

Dynamika zmian fonetycznych – ujęcie ogólne

1. Jaka jest dynamika terapii w odniesieniu do zmian fonetycznych, w tym wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej, a także przechodzenia z I fazy fonetycznej do II oraz z II fazy fonetycznej do III w zależności od grupy I, II i III oraz czy istnieją różnice pomiędzy badanymi grupami?

Wywoływanie głosek II i III fazy fonetycznej – ujęcie ogólne, analiza jakościowa

1. Jakie głoski inicjowały pracę nad II i III fazą fonetyczną?
2. Jakie zjawiska obserwowano podczas pracy nad daną rodziną głosek dentalizowanych, np. czy u niektórych pacjentów można na jednym spotkaniu wywoływać więcej niż jedną głoskę danej grupy głosek wyodrębnionych ze względu na np. miejsce artykulacji?
3. Czy wywoływanie głosek dentalizowanych poszczególnych grup wyodrębnionych ze względu na miejsce artykulacji może odbywać się od spółgłoski zwarto-szczelinowej bezdźwięcznej, a jeśli tak, to jakie mogą być przykładowe sposoby wywoływania kolejnych – po głosce zwarto-szczelinowej bezdźwięcznej – głosek danej grupy głosek dentalizowanych?

Efekt domina i samoregulacja³³ – ujęcie ogólne, analiza jakościowa

1. Czy występuje, a jeśli tak, to na czym polega efekt domina i związana z nim samoregulacja jako skutek np. przecięcia wędzidełka języka oraz prowadzenia terapii logopedycznej, mając na względzie opis jakościowy?

³¹ Metody wywoływania głosek mogą być różnie porządkowane (zob. p. 2.2.3.4). Ze względu na ogólną ideę, która przyświeca logopedzie podczas projektowania i stosowania różnych działań wobec pacjenta podczas terapii można wyróżnić dwie kategorie: metodę analityczną (składania klocków) i metodę syntetyczną (transformacji budowli). W pierwszej logopeda, wywołując głoskę, „składa” pewne umiejętności, jak np. podnoszenie języka i zaokrąglanie warg. Stosując metodę syntetyczną, logopeda przeprowadza sondę, podczas której sprawdza, czy w repertuarze dotychczasowych aktywności pacjenta jest taka, którą można przekształcić w docelową głoskę. Może nią być inna głoska (wywoływanie jednej głoski z innej jest znaną metodą pracy w logopedii) lub czynność prymarna, np. chrapanie, płucie. Myślę, że najczęściej logopeda stosuje połączenie obydwu metod lub np. preferencję metody analitycznej, preferencję metody syntetycznej lub metodę analityczno-syntetyczną. W obliczu różnorodności działań logopedy podejmowanych podczas wywoływania głoski taka propozycja umożliwia pewne uporządkowanie niełatwej materii, jaką są metody wywoływania głosek (więcej: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 340–379).

³² Definicja terminu *rama wywoływanej głoski* została przedstawiona w p. 2.2.3.4.

³³ Proponuję dla pewnej kategorii zjawisk, jakie zaobserwowałam podczas prowadzonych badań, a wcześniej w trakcie własnej działalności praktycznej, używać określeń *efekt domina* i *sa-*

Zmiany w systemie fonetycznym po zakończeniu badań – ujęcie indywidualne i ogólne

1. Jakie są zmiany w systemie fonetycznym pacjentów poddanych terapii logopedycznej za pomocą SMURF, a także FTM w zależności od pacjenta?
2. Czy, a jeśli tak, to jakie są różnice dotyczące zmian ilościowych w systemie fonetycznym pacjentów poddanych terapii za pomocą SMURF w zależności od grupy I, II i III?

Przypuszczam, że częstość występowania nieprawidłowych warunków anatomicznych i/lub czynnościowych w przypadku osób z grupy B i z grupy A może być podobna w odniesieniu do pewnych kategorii czynników, a odmienna w przypadku innych. Na podstawie badań pilotażowych, które prowadziłam, sądzę, że najczęstszą formą dyslalii obwodowej będzie dyslalia anatomiczno-funkcjonalna, a dyslalia anatomiczna i dyslalia funkcjonalna należą do zaburzeń występujących rzadziej. Wśród czynników anatomicznych częstą wadą będzie ankyloglosja, co wynika z wcześniejszych badań własnych i innych autorów; częstą odmiennością anatomiczną będzie także wada zgryzu, a w odniesieniu do zaburzeń czynnościowych – zmieniony model oddychania i połykania.

Ponieważ usprawnianie realizacji fonemów prowadzone było za pomocą SMURF, można przypuszczać, że struktura terapii będzie odpowiadać opisanym etapom i metodom pracy, ale można będzie także wyodrębnić fazy fonetyczne ze względu na rodzaj wywoływanych głosek będących przedmiotem pracy. Przyjęta hipoteza wynika z obserwacji prowadzonych podczas terapii logopedycznej, nie wykluczam jednak, że obserwacje poczynione w toku pracy pozwolą na zaproponowanie pewnych zmian w opisanym modelu postępowania (SMURF). Ważnym elementem terapii będzie współpraca z ortodontą, laryngologiem, fizjoterapeutą, chirurgiem.

Na podstawie wcześniejszych badań³⁴, a także obserwacji, można przypuszczać, że liczba osób z wadami wymowy objętych wcześniejszą opieką logopedyczną będzie niewystarczająca w stosunku do potrzeb. Przypuszczam także, że po-

moregulacja. Efekt domina to wystąpienie u pacjenta pewnych zjawisk fonetycznych, np. głoski lub głosek, których pacjent nie ćwiczył wcześniej i które nie były wywołane przez logopedę, a pojawiły się u pacjenta pod wpływem likwidowania przyczyn zaburzeń lub obniżania ich intensywności, jak również pod wpływem nauki pewnych głosek, a przyjmując inną perspektywę – cech fonetycznych, np. dziąsłowości. Efekt domina wiąże się z samoregulacją. Samoregulacja (w 3. znaczeniu) definiowana jest jako „zdolność regulacji własnych procesów życiowych w układzie biologicznym, umożliwiającą utrzymanie stanu równowagi; autoregulacja” (*Uniwersalny słownik języka polskiego...*). Samoregulacja w odniesieniu do zjawisk występujących podczas usprawniania realizacji fonemów może być zdefiniowana jako zdolność do wykorzystania przez pacjenta z wadą wymowy nowego potencjału ruchowego narządów mowy, np. pod wpływem przecięcia wędzidełka języka, ćwiczeń czynności prymarnych lub nauki nowej głoski – do artykułowania głosek, które nie były wywoływane przez logopedę. Więcej w p. 4.3.9.

³⁴ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2011, s. 227–230; K. WĘSIERSKA: *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka – diagnoza – terapia*. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2013; I. MICHALAK-

moc logopedyczna – w przypadku osób, które korzystały z takiej opieki w latach wcześniejszych lub obecnie są poddani terapii na terenie przedszkola lub szkoły – z różnych powodów nie jest wystarczająca, np. zajęcia odbywają się w grupach kilkusobowych, zajęcia odbywają się rzadko i nie uczestniczą w nich rodzice dzieci, co ma związek z organizacją pomocy logopedycznej w placówkach oświatowych.

Należy przypuszczać, że uzyskanie normalizacji czynności prymarnych nie będzie incydentalnym działaniem logopedy, ale będzie się wiązać z nauką i rozłożonym w czasie treningiem. Istotną jego częścią – jak wynika z opisu FTM, która jest wykorzystywana w SMURF – będzie wywołanie pozycji wertykalno-horyzontalnej języka, wywołanie prawidłowego modelu oddychania, wywołanie dojrzałego połykania w sposób mechaniczny, wywołanie samodzielnego dojrzałego połykania. Sądzę, że tempo uzyskiwania umiejętności związanych z wymienionymi etapami pracy będzie różne w zależności od I, II i III grupy pacjentów z dyslalią obwodową. Analogicznie szybkość wywołania pierwszej głoski, a także dynamika zmian dotyczących przechodzenia z I fazy fonetycznej do II i z II fazy fonetycznej do III będzie różna w zależności od I, II i III grupy.

Myszę, że potwierdzi się hipoteza, iż metoda (a dokładnie preferencja metody analitycznej, preferencja metody syntetycznej lub uwzględnianie metody analityczno-syntetycznej) oraz rama wywoływanej głoski będą różne w zależności od wywoływanych głosek i nie potwierdzi się reguła metodyczna dotycząca konieczności wywoływania głosek wyłącznie w izolacji, a następnie wprowadzanie dźwięku do nagłosu, śródgłosu i wygłosu, lub zasada konieczności wywoływania głosek w sylabach otwartych – metody i ramy wywoływanych głosek będą różne, co ma związek przede wszystkim z indywidualnymi cechami pacjenta, a także – czego nie można wykluczyć – z doświadczeniami logopedy.

W przypadku nauki głosek dentalizowanych można będzie na podstawie analizy wyników badań ustalić, jakie są przykładowe strategie wywoływania poszczególnych głosek w ramach danej rodziny wyodrębnionej ze względu na miejsce artykulacji. Efektywność terapii w analizie ilościowej mierzona liczbą uzyskanych normatywnych realizacji fonemów (lub w różnym zakresie do nich zbliżonych) będzie różna w zależności od pacjenta, co może mieć związek z obawą zaburzeń realizacji fonemów i ich przyczynami.

Na podstawie doświadczeń zbieranych podczas diagnozy i terapii osób z dyslalią obwodową przypuszczam, że działania podjęte w celu usprawniania realizacji fonemów spowodują uruchomienie procesów samoregulacji u pacjentów, czego efektem będą nowe głoski, których pacjent nie ćwiczył u logopedy. Samoregulację rozumiem jako zdolność organizmu do przeorganizowania, autonaprawy, normowania własnych procesów w związku z nowym potencjałem biologicznym i fonetycznym. Przypuszczam, że u nielicznych pacjentów na jednej wizycie bę-

-WIDERA: *O przeprowadzonych badaniach logopedycznych, czyli raport o stanie mowy uczniów jednej z katowickich szkół*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne”, nr 6/2004, s. 24–28.

dzie można wywoływać więcej niż jedną głoskę, co ukaże nową strategię terapii dyslalii – odmienną od terapii tradycyjnej, która uwzględnia pracę nad jedną głoską i następnie nauką kolejnych.

3.4. Założenia i terminologia

System fonemowo-fonetyczny. W badaniach przyjęłam system fonemowo-fonetyczny Bronisława Rocławskiego³⁵ wraz z uwagami Barbary Ostapiuk na temat opisu głosek podstawowych³⁶, a także komentarzami Danuty Ostaszewskiej i Jolanty Tambor³⁷.

Stosunek głoski do fonemu. Głoska jest realizacją fonemu, a opisaną relację przedstawia schemat 1 (zob. p. 2.2.1).

Fonem

[...] jest wzorcem poznawczym, tkwiącym w umyśle człowieka, który bierze udział w rozpoznawaniu głosek jako realizacji fonemu, a także w tworzeniu głosek będących realizacjami fonemu. Fonem jako kategoria poznawcza zbudowany jest w oparciu o prototyp i kategorię radialną. W środku takiej kategorii znajduje się prototyp, który jest najlepszym przykładem danej kategorii (tu – fonemu). Prototyp zawiera pewną informację fonologiczną, czyli zbiór cech dystynktywnych, które pozwalają na sprostanie zadaniom związanym z rozpoznawaniem głosek i ich tworzeniem jako realizacji fonemów. Fonem działa jak matryca, wzór, który w zależności od zadania związanego z użyciem języka (rozumienie lub mówienie) służy do porównań i identyfikacji docierających do człowieka głosek jako realizacji fonemów lub jest podstawą ich tworzenia³⁸.

Głoska to:

[...] fizyczna (mająca zespół cech artykulacyjnych, akustycznych i audytywnych) reprezentacja fonemu, będąca najmniejszym elementem dźwiękowej formy wypowiedzi, która powstaje poprzez zespół ruchów narządów mowy opar-

³⁵ B. ROCŁAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Glottispol, Gdańsk 2001. Zob. uwagi dotyczące realizacji fonemów /s, z/ zamieszczone w p. 2.2.3.3.

³⁶ B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 117–136; B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2013.

³⁷ D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*. PWN, Warszawa 2012.

³⁸ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Fonem jako prototyp i kategoria radialna. Koncepcja kognitywna*. „Logopedia Silesiana”. T. 3/2014, s. 65. Zob. także: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej...*, s. 18–69.

tych na uruchomieniu prototypu (fonemu) jako jej poznawczego, neurofizjologicznego wzorca³⁹.

Normatywna realizacja fonemu to występowanie w głosce podstawowej – jako dźwiękowej realizacji fonemu – cech fonetycznych zgodnych z opisem artykulacyjnym przyjętego systemu fonemowo-fonetycznego. Z normatywną realizacją fonemu wiążą się zatem normatywne cechy fonetyczne dotyczące miejsca artykulacji, sposobu artykulacji, udziału wiązań głosowych i udziału rezonatora nosowego⁴⁰, które odpowiadają opisom głosek podstawowych.

Nienormatywna realizacja fonemu to występowanie w głosce podstawowej – jako dźwiękowej realizacji fonemu – jednej lub więcej cech fonetycznych niezgodnych z opisem artykulacyjnym przyjętego systemu fonemowo-fonetycznego. Wiąże się to z występowaniem jednej lub więcej nienormatywnych cech fonetycznych dotyczących miejsca artykulacji i/lub sposobu artykulacji i/lub udziału wiązań głosowych i/lub udziału rezonatora nosowego w dźwiękowej realizacji fonemu.

Ranking to rodzaj uporządkowania, kolejność, uszeregowanie pewnej klasy zjawisk ze względu na przyjęte kryterium⁴¹.

Wywołanie głoski to jej wymówienie przez pacjenta po zastosowaniu określonych zabiegów prowadzonych przez logopedę. Co istotne, pacjent wcześniej nowej, wywołanej podczas terapii głoski nie wymawiał. Zabiegi logopedy podczas wywoływania głoski można też określić jako naukę głoski i/lub pewną prowokację, którą stosuje specjalista w celu skłonienia pacjenta do wymówienia głoski będącej obiektem ćwiczeń. Istotne są zatem takie okoliczności wywoływania głoski, jak jej rodzaj (ze względu na cechy fonetyczne), sposób „prowadzenia” pacjenta do wymówienia danej głoski, co wiąże się z przyjętym stylem pracy (preferencja metody analitycznej, preferencja metody syntetycznej, metoda analityczno-syntetyczna⁴²).

Dynamika terapii to tempo uzyskiwania przez pacjenta osiągnięć związanych z podejmowanymi w stosunku do niego podczas usprawniania realizacji fonemów działaniami logopedy; mogą one dotyczyć np. normowania czynności prymarnych (związanych z etapem konstruowania przedpoła artykulacji) czy wywoływania głosek (związanych z fazami fonetycznymi). Analizowane umiejętności będą dotyczyć: inicjacji pozycji w-h języka, inicjacji prawidłowego mo-

³⁹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej...*, s. 52.

⁴⁰ D. Ostaszewska i J. Tambor uznają, że „[twardość/miękkość to – D.P.-W.] pochodna wobec miejsca artykulacji, to znaczy, każda spółgłoska środkowojęzykowa jest miękka i odwrotnie – każda spółgłoska o innym miejscu artykulacji jest twarda lub co najwyżej zmięczona, czyli ma dodatkowe poboczne miejsce artykulacji: (D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*. Wydawnictwo UŚ, Katowice 1997, s. 27–28).

⁴¹ Zob. Hasło *ranking*. W: *Uniwersalny słownik języka polskiego...*

⁴² Istotę metody analitycznej i syntetycznej przedstawiłam w p. 3.3.

delu oddychania, inicjacji dojrzałego połykania w sposób mechaniczny, zainicjowania samodzielnego dojrzałego połykania, wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej. W przypadku tych działań logopedy tempo uzyskania danej umiejętności przez pacjenta będzie określane za pomocą wskazania wizyty (począwszy od pierwszego spotkania), na której pacjent osiągnął daną umiejętność.

W przypadku określania dynamiki przechodzenia z I fazy fonetycznej (określonej rodzajem wywoływanych głosek wyodrębnionych najczęściej ze względu na miejsce artykulacji – zob. 4.1) do II fazy fonetycznej wskaźnikiem będzie określenie, na której wizycie – licząc od wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej – u pacjenta została wywołana pierwsza głoska II fazy fonetycznej. Analogicznie, w przypadku określania dynamiki przechodzenia z II fazy fonetycznej do III fazy fonetycznej wskaźnikiem będzie określenie, na której wizycie – licząc od wywołania pierwszej głoski II fazy fonetycznej – u pacjenta została wywołana pierwsza głoska III fazy fonetycznej.

Terminy opisujące nienormatywne cechy fonetyczne. Niektóre nazwy i opisy nienormatywnych cech fonetycznych wykrytych w badaniu (tabela 6) przyjąłam za B. Ostapiuk, D. Plutą-Wojciechowską, B. Sambor, inne zaś sama tworzyłam na potrzeby badania, korzystając także z opisów głosek przedstawionych przez B. Rocławskiego czy D. Ostaszewską i J. Tambor⁴³.

Tabela 6

**Terminy odzwierciedlające nienormatywne cechy fonetyczne
w badanych realizacjach fonemów spółgłoskowych**

Termin	Znaczenie
1	2
Asymetryczność ułożenia języka i asymetryczność przepływu powietrza	niesymetryczne ułożenie – podczas zwarcia lub szczeliny - narządów tworzących miejsce artykulacji i niesymetryczny przepływ powietrza
Asymetria ułożenia języka i/lub wibracji	asymetryczne ułożenie języka podczas realizacji fonemu /r/ i/lub drżenie połowy apeksu języka
Boczność	zwarcie czubka języka z górnym dziąsłem w linii pośrodkowej z obustronnym otwarciem ^{a)}
Dorsalność	wzniesienie (w różnym zakresie) dorsalnej części języka przy (w różnym stopniu) niewzniesionym apeksie; w niektórych przypadkach brzegi języka mogą jednocześnie nieznacznie wchodzić między boczne zęby ^{b)}

⁴³ B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 117–136; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*; B. ROCŁAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Glottispol, Gdańsk 2001; D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego...*

cd. tab. 6

1	2
Itowość ^{c)} zaburzona	zmiany miejsca artykulacji polegające na tym, że słyszalne są cechy głosek o itowym układzie języka, ale realizowanych w sposób zdeformowany ^{d)} ; w referowanych badaniach terminu „itowość zaburzona” używam dla określenia realizacji fonemu /r/ w postaci głoski, której słyszane cechy przypominają nienormatywną realizację fonemu /i/ (mogą być odbierane jako tzw. substytucje rozwojowe) – z asymetrycznym lub dorsalnym ułożeniem języka
Międzyzębowość	kontakt górnej i dolnej powierzchni języka z krawędziami górnych i dolnych zębów ^{e)}
Praedorsalność	wytworzenie szczeliny z użyciem praedorsum przy opuszczonym do dna jamy ustnej apleksie ^f przy realizacji fonemów dentalizowanych zębowych
Przyzębowość	kontakt apleksu z całą podniebienną powierzchnią górnych siekaczy ^{g)}
Tylnojęzykowość	zbliżenie/kontakt tylnej części języka z podniebieniem miękkim lub granicą podniebienia twardego i miękkiego ^{h)}
Wargowo-zębowość	kontakt dolnej wargi z górnymi siekaczami ⁱ⁾
Zaburzenia uformowania szczeliny artykulacyjnej	nieprawidłowe uformowanie szczeliny artykulacyjnej przy realizacji fonemów dentalizowanych, np. z napiętym czubkiem języka, ze zmianą kształtu szczeliny ^{j)}
Zadziąsłowość	zbliżenie lub kontakt praedorsalnej części języka z granicą tylnej części dziąseł i początkiem praepalatum ^{k)}
Zadziąsłowość z wygięciem przedniej części języka	zbliżenie/kontakt podjęzykowej praedorsalnej części języka z granicą tylnej części dziąseł i początkiem praepalatum
Zębowość	kontakt przedniej części języka z górnymi siekaczami ^{l)}
Zębowość zmiękczona	kontakt przedniej części języka z górnymi siekaczami wraz dodatkowym wzniesieniem mediodorsum, dające w efekcie głoskę zmiękczone ^{l)}
Zębowość zmiękczo-na i zwartość	kontakt przedniej części języka z górnymi siekaczami wraz dodatkowym wzniesieniem mediodorsum, dające w efekcie głoskę zmiękczone, a także ze zwarto-wybuchowym pokonaniem kontaktu narządów w jamie ustnej zamiast pokonania kontaktu w sposób szczelinowy lub zwarto-szczelinowy
Zwartość	zwarto-wybuchowe pokonanie kontaktu narządów w jamie ustnej zamiast szczelinowego czy zwarto-szczelinowego

a) Na podstawie B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 131, D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*. PWN, 2012, s. 40.

b) Zob. por. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*. Wyd. 2 popr. i poszerz., Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2008, s. 113.

c) W tym miejscu należy przypomnieć, że terminy *itowość*, *itowy* zostały wprowadzone przez B. Ročławskiego, który używa ich do opisu miejsca artykulacji głosek miękkich [ś, ź, ć, ź, i, ĩ] (B. ROČŁAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Glottispol. Gdańsk 2001, s. 230–287). Itowy układ języka to określenie dotyczące języka, który język znajduje się w wysokim, przednim położeniu jak przy samogłosce [i].

d) D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*, s. 113.

e) Ibidem.

- f) Na podstawie D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego...*, s. 68.
- g) Ibidem, s. 67.
- h) W oparciu o B. ROCLAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim...*, s. 293.
- i) Za: B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów...*, s. 129.
- j) Na podstawie B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych u młodych adeptów sztuki teatralnej*. Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. prof. UŚ Danuty Pluty-Wojciechowskiej. Uniwersytet Śląski, Katowice 2017, s. 68.
- k) D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*, s. 113.
- l) Za: B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów...*, s. 129.
- l) Zob. D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego...*, s. 42.

3.5. Metody badań

Metodologia badań logopedycznych nie jest jeszcze zakończoną i ściśle uporządkowaną wiedzą, o czym świadczy chociażby zbiorowa monografia pod redakcją Stanisława Milewskiego i Katarzyny Kaczorowskiej-Bray pt. *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, a także analizy M. Michalika⁴⁴. Współczesne badania logopedyczne uwzględniają – oprócz podstawowych ustaleń dotyczących procedur postępowania logopedycznego opisanych przez S. Grabiasa⁴⁵ – zasady prowadzenia badań wywodzące się z ogólnej metodologii badań, co oznacza uwzględnianie charakterystyki celów, problemów, hipotez badawczych, a także metod badań.

Korzystając z ustaleń związanych z teorią zaburzeń mowy, logopedzi w prowadzonych badaniach często wskazują na istotne procedury badawcze, które stosują w relacjonowanych studiach własnych, i odwołują się do diagnozy i terapii. Jednocześnie określają cele teoretyczne i praktyczne prowadzonych badań. Posługując się logopedyczną wykładnią postępowania w przypadku zaburzeń mowy, można orzec, że w badaniach wykorzystałam dwie procedury: diagnozę i terapię logopedyczną, a także logopedyczno-lingwistyczne metody analizy wyników badań, metody statystyczne umożliwiające ukazanie zależności relewantnych, które umożliwiają formułowanie sądów istotnych dla nauki; wykorzystuję także analizy jakościowe obserwowanych zjawisk o charakterze logopedyczno-lingwistycznym. Jeśli przyjąć wykładnię badań pedagogicznych, stosowałam

⁴⁴ M. MICHALIK: *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*. W: *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*. Red. S. MILEWSKI, K. KACZOROWSKA-BRAY. Harmonia Universalis, Gdańsk 2015, s. 32–46; S. MILEWSKI, K. KACZOROWSKA-BRAY: *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*. Harmonia Universalis, Gdańsk 2015.

⁴⁵ S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012, s. 15–71.

obserwację kierowaną, metodę analizy przypadków, metodę testów osiągnięć w postaci prowadzonych prób związanych z diagnozą logopedyczną, eksperyment w formie prowadzonego usprawniania realizacji fonemów⁴⁶.

Każda z wybranych do badań osób z dyslalią obwodową (grupa A) została poddana ocenie realizacji fonemów i ich uwarunkowań biologicznych, którą przeprowadzałam osobiście, podobnie jak w przypadku osób z zaburzeniami wielopłaszczyznowymi (grupa B). Osoby z grupy B zostały poddane wstępnej diagnozie, ale nie brały udziału w terapii.

Zgodnie ze współczesnym paradygmatem diagnozy realizacji fonemów u osób z grupy A badałam następujące cechy: realizację fonemów, śródwymawianiovą pozycję języka (zwaną w skrócie Inter-Speech), warunki anatomiczno-czynnościowe (budowę narządów mowy, główne czynności prymarne – oddychanie, przyjmowanie pokarmów; motoryka narządów mowy była oceniana podczas prób dotyczących stanu wędzidełka języka), słuch fonemowy i fonetyczny. Dane na temat stanu słuchu fizycznego uzyskiwałam z wywiadu: wielu pacjentów była pod opieką laryngologa, a jeśli nie, to – po mojej zachęcie – przeprowadzali badanie słuchu. W ocenie wymienionych cech wykorzystywałam: wywiad, analizę wyników badań laryngologicznych, ortodontycznych, fizjoterapeutycznych⁴⁷, analizę kart zdrowia dzieci, które przynosili opiekunowie, a także – co w szczególności ważne – bezpośrednie badanie pacjenta. Dane na temat wcześniejszej terapii logopedycznej uzyskiwałam z wywiadu, jak również z analizy prowadzonych zeszytów ćwiczeń, w których logopedzi zapisywali swoje zalecenia, np. ćwiczenia narządów mowy, materiał językowy do powtarzania.

W badaniach realizacji fonemów podczas diagnozy i w trakcie terapii (gdy woływałam głoski i sprawdzałam ich budowę artykulacyjną, jak również podczas oceny jakości głosek powstałych u pacjenta jako efektu samoregulacji, zob. p. 4.3.9) posługiwałam się metodą analityczno-fonetyczną z wykorzystaniem do badania realizacji fonemów słuchu, wzroku, dotyku, a czasami pewnych prób mających wykluczyć bądź potwierdzić cechy badanej głoski⁴⁸. W celu sprawdzenia miejsca i sposobu artykulacji głosek tworzonych wewnątrz jamy ustnej prowadziłam badanie w spe-

⁴⁶ S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*; K. AJDUKIEWICZ: *Metodologiczne typy nauk*. W: K. AJDUKIEWICZ: *Język i poznanie*. T. 1. PWN, Warszawa 1985; R. GRZEGORCZYKOWA: *Wstęp do językoznawstwa*. PWN, Warszawa 2007; M. ŁOBOCKI: *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Impuls, Warszawa 2006; J. BRZEZIŃSKI: *Metodologia badań psychologicznych*. PWN, Warszawa 2004.

⁴⁷ Większość pacjentów nie wykonała konsultacji z fizjoterapeutą, jak sądzę z powodu nieodróżniania związków pomiędzy ćwiczeniami logopedycznymi a postawą, pomimo moich wyjaśnień.

⁴⁸ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Analityczno-fonetyczna ocena realizacji fonemów w logopedii*. W: *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*. Red. M. KUROWSKA, E. WOLAŃSKA. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2015, s. 64–78; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...* W gabinetach logopedycznych brak urządzeń do innego badania wymowy niż z wykorzystaniem własnych zmysłów.

cialny sposób (jama ustna pacjenta na wysokości moich oczu, zaglądałam do jamy ustnej, np. wykorzystując szpary niedogryzowe, używałam latarki). W przypadku małych dzieci do oceny wykorzystywałam obrazki, a także powtarzanie sylab, wyrazów, zdań lub – w zależności od głoski – także izolowanego dźwięku mowy. U młodzieży i dorosłych wymowę badałam podobnie, jednakże – co zrozumiałe – nie stosowałam nazywania obrazków⁴⁹.

Śródwymawianiową pozycję języka badałam podczas rozmowy z pacjentem, czasami wykorzystywałam także opowiadanie historyjki obrazkowej lub – w przypadku dorosłych – powtarzanie zdań typu „Kupiłam bułki, ser ... pomidory i ogórki”, przy czym prosiłam, aby mówca w trakcie wypowiadanego zdania zrobił pauzę (tak jakby szukał słowa) na zastanowienie się.

W badaniu długości wędzidełka języka posługiwałam się próbami B. Ostapiuk⁵⁰, ale skalę zaproponowaną przez autorkę poszerzyłam⁵¹. W ocenie wędzidełka wykorzystywałam też komentarze D. Pluty-Wojciechowskiej i B. Sambor⁵². Badając zgryz, posługiwałam się podstawowymi ustaleniami współczesnej ortodoncji⁵³. Oceniając czynności prymarne, brałam pod uwagę doniesienia płynące z ortodoncji i laryngologii, a także własne analizy zawarte w różnych publikacjach⁵⁴. Pozycję spoczynkową języka badałam za pomocą obserwacji podczas całego spotkania z pacjentem oraz za pomocą odchylania warg, a dodatkowe informacje zbierałam metodą wywiadu. Z kolei połykanie oceniałam, wykorzystując obserwację pracy języka; w tym celu odchylałam wargi podczas połykania, zagłębiałam przez szpary niedogryzowe lub bardzo nieznacznie rozklinowywałam łuki zębowe; w przypadku starszych pacjentów dodatkowe informacje uzyskiwałam z wywiadu. Jakość gryzienia oceniałam podczas jedzenia przez pacjenta podanego mu pokarmu, a dane na temat konsystencji przyjmowanych pokarmów uzyskiwałam z wywiadu. Przyjęłam następujące rodzaje opisu pozycji spoczynkowej języka i połykania:

⁴⁹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*

⁵⁰ B. OSTAPIUK: *Logopedyczna ocena ruchomości języka*. W: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Red. M. MŁYNARSKA, T. SMEREKA. Podyplomowe Studium Logopedyczne Uniwersytetu Wrocławskiego, Agencja Wydawnicza a linea, Wrocław 2005, s. 299–306.

⁵¹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Badanie logopedyczne młodych adeptów sztuki teatralnej. Wyniki badań, analiza, komentarz*. W: *Logopedia XXI wieku*. Red. M. MŁYNARSKA, T. SMEREKA. Seria Mowa i myślenie 3. Mkwadrat, Wrocław 2010, s. 174–184.

⁵² D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *O różnych typach wędzidełka języka...*, s. 123–155.

⁵³ *Zarys współczesnej ortodoncji*. Red. I. KARŁOWSKA. PZWL, Warszawa 2008.

⁵⁴ B. MACKIEWICZ: *Dysglosja jako jeden z objawów zespołu oddechowo-połykowego*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2002; *Ortodoncja*. T. 2. Red. P. DIEDRICH. Wyd. 1 polskie. Red. A. MASZTALERZ. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2000; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2015; T. RAKOSI, I. JONAS, T.M. GRABER: *Orthodontic – Diagnosis*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1993; W.R. PROFFIT, H.W. FIELDS: *Ortodoncja współczesna*. Red. nauk. wyd. pol. G. ŚMIECH-SŁOMKOWSKA. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001; *Otolaryngologia dziecięca*. Red. D. GRZYŃSKA. α-medica press, Warszawa 2007.

- prawidłowa: język na przedniej części podniebienia, w pozycji wertykalno-horyzontalnej,
- międzywargowa: język znajduje się pomiędzy wargami,
- międzyzębowa: język znajduje się między zębami,
- zębowa: język wzniesiony i dotyka podniebiennej powierzchni górnych zębów,
- dorsalna: język na dnie jamy ustnej,
- horyzontalna: język znajduje się w okolicy zwarcia górnego i dolnego łuku zębowego,
- wertykalna: język w pozycji tylnogórnej (czubek języka dotyka podniebienia twardego, a część dorsalna nie kontaktuje się z podniebieniem twardym)⁵⁵.

Jak się okazało w toku badań, nie wszystkie wyróżnione rodzaje wadliwej pozycji spoczynkowej i połykania wystąpiły u osób poddanych ocenie ze względu na sposób realizacji wybranych czynności prymarnych.

3.6. Metody statystyczne

Do badania zależności relewantnych zastosowałam następujące testy statystyczne:

- test chi-kwadrat z poprawką Yatesa,
- test dwustronny różnicy między dwiema średnimi.

Za istotne statystycznie wyniki uznawałam takie, dla których prawdopodobieństwo wynosiło $p < 0,05$. Wyniki, dla których prawdopodobieństwo kształtowało się następująco: $p \geq 0,05$, ale $p < 0,10$, uznawałam za będące na granicy istotności.

W tabelach zbiorczych⁵⁶ zawarte są dane, na podstawie których obliczono wskaźniki ukazujące różnice statystycznie relewantne. W tabelach przedstawiających wyniki testu statystycznego kolorem czerwonym zaznaczyłam wartości istotne statystycznie, a kolorem niebieskim będące na granicy istotności.

3.7. Dobór osób do badań

Badania prowadziłam w gabinecie logopedycznym począwszy od 2014 roku, zakończyłam je w maju 2018 roku. W gabinecie prowadzę konsultacje logope-

⁵⁵ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 162–165.

⁵⁶ W kolumnach pionowych tabel zbiorczych nie zawsze procenty sumują się do 100% z powodu błędu zaokrąglenia, np. 30 to 30347826.

dyczne (odbywające się w toku 1–2 wizyt dziecka), a także diagnozę i następnie terapię długoterminową, jednak – z różnych powodów (np. konieczność dojazdu pacjentów) – nie wszystkie zgłaszające się osoby uczęszczają na terapię przez dłuższy czas. Wiąże się to również z nakreślonymi na wstępie przez pacjentów lub ich opiekunów celami wizyt zawierającymi się w słowach: „Chciałbym tu rozpocząć terapię i potem kontynuować ją u siebie w miejscu zamieszkania”. Oznacza to, że po kilku wizytach, na których uzyskujemy pewne istotne efekty (np. głoskę, inicjację samodzielnego połykania), pacjenci kontynuują terapię w miejscu zamieszkania. Wszystkie objęte badaniami osoby z grupy A (zob. uwagi poniżej) były poddane diagnozie i terapii prowadzonej przeze mnie, a u osób z grupy B prowadziłam tylko diagnozę w ramach konsultacji logopedycznej.

Ze względu na postawione cele postępowania naukowego spośród wszystkich zgłaszających się osób do analiz zostali zakwalifikowani pacjenci spełniający ściśle określone kryteria. Analizując karty badania wraz z protokołami dotyczącymi przebiegu terapii, do dalszych studiów wyłoniłam 2 grupy badawcze:

1. Grupa A – „osoby z dyslalią obwodową” – anatomiczną, anatomiczną i funkcjonalną, funkcjonalną, które po diagnozie zostały poddane usprawnianiu realizacji fonemów prowadzonemu przeze mnie i zgłosiły się na zajęcia co najmniej 6 razy w odstępach 2-, 3-, a czasami 4-tygodniowych (lub nawet większych, np. z powodu choroby). W tej grupie wyodrębniłam 3 podgrupy:

- grupa I – osoby w wieku 3 l. – 6 l., 11. m.ż.,
- grupa II – osoby w wieku 7 l., 1 m.ż.– 13 l., 2. m.ż.,
- grupa III – osoby w wieku 15–40 l.

2. Grupa B – „osoby z zaburzeniami wielopłaszczyznowymi” – obejmowała dzieci, które zostały zgłoszone spontanicznie przez rodziców, a we wstępnej rozmowie byłam informowana, że „Dziecko nie mówi”, „Dziecko ma opóźniony rozwój mowy”, „Dziecko ma autyzm”, „Dziecko się jąka”, „Dziecko mało mówi”. Jak okazało się w toku badań, była to grupa dzieci, u których w większości występowały zaburzenia wielopłaszczyznowe. Do grupy B nie włączyłam dzieci, u których występował rozszczep wargi i/lub podniebienia, zespół genetyczny, zaburzenia stawu skroniowo-żuchwowego, dysfonia, mózgowie porażenie dziecięce, gielkot, schizofazja.

Do badań (grupa A) zakwalifikowałam osoby z dyslalią obwodową – anatomiczną, funkcjonalną lub anatomiczno-funkcjonalną, u których nie były stwierdzone inne zaburzenia, jak mózgowie porażenie dziecięce, opóźniony rozwój mowy, rozszczep wargi i/lub podniebienia, autyzm, zespół Aspergera, mutyzm, niepełnosprawność intelektualna, niedosłuch większy niż 30 dB, afonia, desonoryzacja, jąkanie, gielkot, afazja, zaburzenia stawu skroniowo-żuchwowego, schizofazja, zaburzenia słuchu fonemowego, fonetycznego, dysleksja. W analizowanej grupie znalazły się jednak osoby, które w przeszłości miały niedosłuch nieco większy niż 30 dB, co miało związek z przerośniętym migdałkiem gardłowym.

Wyselekcjonowane do badań osoby – dzieci, młodzież i osoby dorosłe – zgłosiły się do gabinetu logopedycznego, mając różną motywację do przeprowadzenia diagnozy i terapii. Niektórzy zostali np. zachęceni przez ortodontów (w celu usunięcia wady wymowy i zaburzeń pozycji spoczynkowej języka i połykania), niekiedy rodzice zgłaszali się z dziećmi, zaniepokojeni ich mową, jeszcze inni – pacjenci dorośli – pragnęli poprawić swoją wymowę w związku z wykonywanym zawodem lub pragnęli zostać aktorami.

3.8. Organizacja i zasady badań

3.8.1. Etapy badań

Zgodnie z informacjami zawartymi w poprzednich punktach sekwencja czynności badawczych była następująca:

- badania diagnostyczne i terapia logopedyczna zgłaszających się do gabinetu osób; prowadzenie dokumentacji prowadzonych zajęć ze względu na przyjęte kryteria analizy;
- wyłonienie do analiz osób z dyslalią obwodową (grupa A); do grupy zostali zakwalifikowani pacjenci, którzy uczestniczyli w zajęciach logopedycznych (pierwsze spotkanie miało charakter diagnostyczno-terapeutyczny, ale diagnoza miała charakter wstępny, kolejne zajęcia skupiały się na terapii, a także uzupełnianiu wstępnie sformułowanego rozpoznania); w grupie znalazło się 69 osób, które zostały podzielone na 3 podgrupy ze względu na wiek; każda z nich liczyła 23 osoby);
- wyłonienie do analiz osób z opóźnionym rozwojem mowy, autyzmem, zespołem Aspergera, jąkaniem, mutyzmem (grupa B); do badań zakwalifikowałam 35 osób; do grupy włączałam te dzieci, w przypadku których podczas wizyty udało się ocenić – chociaż orientacyjnie – warunki anatomiczno-czynnościowe narządów mowy – nie zawsze było to zadanie łatwe z uwagi na jakość kontaktu dziecka z logopedą w przypadku małych dzieci z autyzmem czy zespołem Aspergera, mutyzmem;
- analiza wyników badań prowadzonej diagnozy i terapii grupy A oraz częstości występowania odmienności anatomicznych i/lub czynnościowych w grupie B.

Wyłonienie dwóch grup badawczych wymagało z jednej strony prowadzenia praktycznych badań logopedycznych, z drugiej zaś analizy wielu kart badania. Badania efektywności usprawniania realizacji fonemów za pomocą SMURF wymagały analizy 636 zajęć logopedycznych pod kątem przyjętych kryteriów analizy (w grupie A ogółem odbyły się 272 zajęcia, w II – 173, a w III – 191).

3.8.2. Kontrakt terapeutyczny

Z każdym pacjentem – także tym kilkuletnim – zawierałam rodzaj kontraktu terapeutycznego, który dotyczył warunków prowadzenia terapii. Na podstawie wstępnej diagnozy formułowałam zakres logopedycznych możliwości pomocy pacjentowi. W możliwie jasny i dopasowany do wieku sposób informowałam o objawach zaburzeń mowy oraz ich przyczynach, a także o sposobie pomocy, który proponuję. Wskazywałam zatem na medyczne metody wsparcia działań logopedycznych i możliwość usuwania niektórych przyczyn zaburzeń, np. leczenie ortodontyczne, laryngologiczne, chirurgiczne, fizjoterapeutyczne. Niektórzy pacjenci lub opiekunowie dzieci poddanych terapii – zgłaszając się do mnie – mieli świadomość konieczności podjęcia także innych sposobów pomocy, np. leczenia laryngologicznego.

Informowałam pacjenta i jego opiekunów (jeśli wiek pacjenta wymagał ich obecności) o sposobie prowadzenia terapii oraz o tym, że będę oczekiwała prowadzenia ćwiczeń w domu. Wizyty odbywały się co 2–3 tygodnie, chociaż z różnych powodów, jak choroba, zdarzało się, że odbywały się rzadziej, np. co 4 tygodnie; każde kolejne spotkanie, czyli drugie, trzecie itd., trwało 45–60 minut. Rodzice brali udział w zajęciach, obserwowali moje zabiegi, które zawsze są dokładnie omówione, aby powtarzać je w domu. Pytałam zarówno opiekunów, jak i pacjenta, czy wyrażają na takie warunki zgodę. Jeśli dziecko było kilkuletnie, swoje objaśnienia formułowałam tak, aby mały pacjent był w stanie je zrozumieć. Zaczynałam zawsze od pytania: *Czy chciałbyś ładnie mówić?* Okazało się, że wszystkie dzieci z grupy I i II (grupa A) zazwyczaj z radością oznajmiały, że chcą ładnie mówić. W przypadku młodzieży odpowiedź jednej z pacjentek była inna: *Uważam, że dobrze mówię, a inni mnie rozumieją.* Dodam, że dziewczynka miała wadę wymowy.

3.8.3. Schemat wizyty logopedycznej

O pierwszej wizycie

Pierwsza wizyta (około 60–90 minut) obejmowała wstępną diagnozę, przy czym starałam się tak zagospodarować czas, aby już podczas spotkania rozpocząć ćwiczenia. Poświęcałam zawsze kilka minut na omówienie wyników mojego badania, aby wytłumaczyć opiekunom, a także w przystępny sposób dzieciom, jak to się stało, że w czasie mówienia „język nie rusza się, tak jak powinien”.

Zgodnie z SMURF jednym z pierwszych zadań – w przypadku zaburzeń pozycji spoczynkowej języka i ustnej fazy połykania – jest nauka wertykalno-horyzontalnej pozycji języka. Zdarzało się, że – jeśli pacjent prezentował progame umiejętności warunkujące wywołanie wybranej przeze mnie do ćwiczeń głoski – już na tej wizycie prowadziłam jej naukę lub ćwiczenia przygotowawcze,

np. uczyłam dziąsłowej artykulacji głoski [t]. Oznacza to, że szybko przeprowadzałam analizę wyników badań i decydowałam, którą głoskę będę wywoływać. W celu weryfikacji swoich planów przeprowadzałam sondę, która miała mi pokazać, czy moje zamiary są możliwe do spełnienia. Nie z wszystkimi pacjentami decydowałam się na wywoływanie głoski. Decyzję uzależniałam od tego, czy pacjent prezentuje progowe warunki sprawności narządów mowy umożliwiające wywołanie głoski oraz czy kontakt z dzieckiem jest na tyle dobry, że mogę rozpocząć procedurę wywołania głoski czy zainicjować pozycję w-h języka.

W przypadku konieczności przecięcia wędzidełka języka pracowałam z pacjentem w celu przygotowania go do zabiegu, co oznacza wyjaśnienie mu, na czym przecięcie wędzidełka języka polega, informowałam o znieczuleniu. Przede wszystkim jednak wyjaśniałam, dlaczego proponuję taki zabieg. Zdarzało się wielokrotnie, że dzieci same odkrywały – z moją pomocą – fakt skrócenia wędzidełka swojego języka oraz „wymyślały” sposoby likwidacji ankyloglosji. Niektóre mówiły: *To trzeba wyrwać* lub *To można naciąć*.

Jeśli dziecko nie wyrażało zgody na przecięcie wędzidełka, nie zachęcałam, nie namawiałam, ale starałam się rozeznaczyć przyczynę odmowy. Najczęściej był to strach przed bólem, dlatego istotne znaczenie ma przygotowanie dziecka do zabiegu, ale także kierowanie pacjentów do lekarzy, o których wiedziałam, że mają doświadczenie w tego typu zabiegach i dobry kontakt z dziećmi. Jak wynika z analizy, większość pacjentów z ankyloglosją wyraziła zgodę na przecięcie wędzidełka języka (zob. p. 4.3.3). Zdarzało się czasem, że na zabieg szybciej godziło się dziecko niż rodzice.

W przypadku występowania np. ssania palca proponowałam rodzicom narażenie – bez obecności dziecka – w celu ustalenia najlepszego sposobu pomocy. Nie ma bowiem uniwersalnych metod terapii, także w eliminowaniu szkodliwych przyzwyczajeń. O konieczności przeprowadzenia konsultacji medycznych informowałam opiekunów dzieci lub pacjentów, jeśli byli dorośli.

O kolejnych wizytach

Każda kolejna wizyta trwała około 45–60 minut i przebiegała według schematu:

- rozmowa z pacjentem w celu aktualizacji diagnozy wstępnej: sprawdzałam, czy i co się zmieniło w repertuarze artykułowanych przez pacjenta głosek; rozmowa dotyczyła tematów związanych z przedszkolem, szkołą czy – w przypadku starszych pacjentów – studiów, pracy, zainteresowań; ten etap pracy był dla mnie bardzo ważny, gdyż mogłam obserwować, nad czym pacjent sam pracuje – np. czy ćwiczona głoska pojawia się w mowie potocznej lub może pacjent sam wykorzystał pewne nowe możliwości stworzone podczas terapii, leczenia medycznego i sam nauczył się nowej głoski (zob. p. 4.3.9),
- rozmowa z opiekunem w celu zapoznania się z wynikami konsultacji medycznych, jeśli były przeprowadzane,

- krótkie sprawdzenie ćwiczeń wykonywanych w domu,
- dalsze zabiegi związane z terapią.

3.8.4. Dokumentacja

Prowadziłam dokumentację badań w formie kart logopedycznych, na których odnotowywałam wyniki swoich badań i terapii, a także wykonywałam fotografie np. wędzidełka języka czy zgryzu oraz nagrania mowy. Opiekunowie wraz z dziećmi prowadzili zeszyty, w których notowane były ćwiczenia, wklejane obrazki przedstawiające przedmioty i zjawiska, których nazwy były wykorzystywane podczas ćwiczeń z małymi dziećmi. Starsi pacjenci prowadzili własne zapiski.

Notatki dotyczące sposobu układania języka w pozycji w-h czy podczas artykulacji głoski będącej przedmiotem ćwiczeń przybierały formę schematów lub wręcz rysunków, które kreśliłam. Mogłam wtedy dokładnie wyjaśnić rodzicom lub pacjentom miejsce ułożenia języka czy jego kształt. To były ważne dla pacjentów informacje wizualne. Często korzystałam także z latarki – nie tylko podczas diagnozy, ale również podczas terapii logopedycznej, gdy demonstrowałam np. pozycję i kształt języka lub gdy sprawdzałam pozycję języka u pacjenta. Dzieci i dorośli bardzo szybko przyzwyczajali się do tego sposobu pracy. Korzystałam z lustra, gdy jednak pracowaliśmy nad automatyzacją głoski, nie zawsze było ono potrzebne i – w przypadku małych dzieci – można było prowadzić zajęcia „na dywanie”. Zdarzało się, że dzieci same podchodziły do lustra i przypominały sobie potrzebny układ języka, co zresztą mnie nie dziwiło, gdyż pokazywało, że dzieci doskonale zdawały sobie sprawę ze znaczenia kształtu i pozycji języka dla uzyskania prawidłowej głoski.

3.9. Ograniczenia badań

Podjęty w badaniach temat nie jest łatwy i nie ma – w odniesieniu do analizy efektywności terapii w warunkach poradnianych – wyraźnych umocowań w dotychczasowej literaturze. Stworzony katalog właściwości umożliwiających – we wskazanym zakresie – ocenę skuteczności terapii nie wyczerpuje zagadnienia, ale umożliwia pewien wgląd w zaanonsowaną problematykę i – co ważne – projektowanie przyszłych badań.

Jako naukowiec i praktyk zdaję sobie sprawę z ograniczeń prowadzonych ocen i analiz. Należą do nich okoliczności związane z niepełną wiedzą współczesnej logopedii na temat czynników warunkujących język i zachowania językowe oraz nad sposobami ich oceny, jak również okoliczności prowadzenia badań,

takich jak np. zmęczenie, kondycja zdrowotna, co – niezależnie od chęci badacza – mogło wpływać na diagnozę i terapię logopedyczną. Zakwalifikowani przeze mnie do badań pacjenci nie byli dobierani ze względu na np. postawę ciała ocenianą przez fizjoterapeutę, symetrię funkcjonalną całego organizmu, typ wędzidełka języka ze względu na jego grubość, usytuowanie w płaszczyźnie przednio-tylnej, miejsce przyczepów, zdolności do naśladowania dźwięków mowy, podatność na modalności określonego typu (wzrokową, słuchową, kinestetyczno-ruchową), styl wychowania, typ osobowości, determinację do wykonywania ćwiczeń itp.

Dla przebiegu badań istotne znaczenie ma ocena realizacji fonemów prowadzona za pomocą metody analityczno-fonetycznej z wykorzystaniem metodycznego paradygmatu polegającego na zastosowaniu słuchu, wzroku, dotyku i pewnych eksperymentów, co jest szansą na zobiektywizowanie logopedycznej oceny wymowy prowadzonej w gabinecie logopedycznym. Nie jest wykluczone, że w toku badań pewne właściwości ocenianego materiału zostały niedostrzeżone, co ma związek z niedoskonałością ludzkich narzędzi zmysłowych i brakiem w gabinecie narzędzi ułatwiających obiektywizację prowadzonej oceny wymowy pacjentów⁵⁷. Warto o tym pamiętać, analizując wyniki badań własnych i innych autorów. Taka postawa wynika z pokory wobec specyfiki podjętego niełatwego do badań tematu, konieczności zachowania dystansu do własnych poczyniń i stałego poszukiwania coraz lepszych metod badawczych.

Kolejne ograniczenia wiążą się z niepełną wiedzą na temat dokładnego przebiegu rozwoju mowy i czynności prymarnych u badanych osób, ponieważ pacjenci dorośli, a także rodzice większych dzieci, nie pamiętali o wielu szczegółach rozwoju od urodzenia. Chociaż większość badanych korzystała z opieki laryngologicznej, to jednak – jak wynika z rozmów z rodzicami – laryngolodzy w różny sposób oceniali choćby wielkość migdałka gardłowego (np. jedni za pomocą nasofiberoskopii, a inni z użyciem odmienną i – moim zdaniem – mniej obiektywnej metody, jak np. za pomocą palca), co w przypadku niepełnej lub błędnej oceny tej struktury mogło przyczyniać się do trudności w poborze powietrza drogą nosową osób poddanych terapii (np. podczas ćwiczeń oddychania).

Obserwacje poczynione w toku badań pozwalają także na dostrzeżenie innych okoliczności, które mogły przeszkadzać podczas terapii, np. elementy aparatów ortodontycznych zamontowane na podniebieniu twardym, wcześniejsza terapia logopedyczna i ćwiczenie NĆNM, w szczególności napiętego czubka języka (zob. p. 2.2.3.3).

⁵⁷ Nie rozwiąże tego problemu także artykulograf, co ma związek z metodyką i ograniczeniami samego badania za pomocą tego urządzenia, np. konieczność przyklejania sensorów do języka. Nie oznacza to, że same badania naukowe z wykorzystaniem artykulografu nie są potrzebne do ustalania pewnych cech wymowy.

Rozdział 4

Wyniki badań

Rozdział 4 prezentuje wyniki badań. Kolejne analizy będą dotyczyć ustalonej w toku badań ogólnej struktury postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń realizacji fonemów, w tym wyodrębnienia fazy związanej z konstruowaniem przedpola artykulacji i faz fonetycznych (p. 4.1). Następnie przedstawię dane na temat wieku oraz płci badanych osób (p. 4.2.1), a dalej wyniki badań grupy osób z zaburzeniami wielopłaszczyznowymi (p. 4.2.2) oraz osób z dyslalią obwodową (p. 4.2.3, 4.2.4). Analizy będą dotyczyć częstości występowania nienormatywnych realizacji fonemów, jakości nienormatywnych cech fonetycznych, śródwymawianiowej pozycji języka, warunków anatomiczno-czynnościowych oraz form dyslalii obwodowej. W analizie wyników diagnozy terapii wykorzystam ujęcie ogólne wyodrębnionych podgrup I, II i III grupy A (p. 4.2.3). W p. 4.2.4 zaprezentuję analizę diagnozy w ujęciu indywidualnym.

Z kolei p. 4.3 przedstawia analizę efektywności terapii zgodnie z wyróżnionymi problemami badawczymi. Kolejne punkty będą prezentować analizy rodzaju motywacji, która skłoniła dorosłych pacjentów lub opiekunów w przypadku dzieci do skorzystania z terapii logopedycznej (p. 4.3.1), analizy informacji związanych z wcześniejszą terapią logopedyczną (p. 4.3.2), rodzaju leczenia medycznego podjętego przez pacjentów (p. 4.3.3). W p. 4.3.4 przedstawiam wyniki badań dynamiki normowania czynności prymarnych; z kolei w p. 4.3.5 – wyniki badań nad wywołaniem pierwszej głoski I fazy fonetycznej z uwzględnieniem tempa wywołania I głoski, rodzaju głosek, analizę warunków progowych umożliwiających wywołanie głoski, analizę metod i ram wywoływanych głosek, jakość wywoływanych głosek. Dynamika zmian fonetycznych została przedstawiona w p. 4.3.6, a w kolejnym punkcie analizuję terapię w odniesieniu do II i III fazy fonetycznej. W p. 4.3.7 przedstawiam wyniki analizy jakościowej wywoływania głosek dentalizowanych. Jeden z ciekawszych aspektów analizy dotyczący efektu domina i samoregulacji zostanie omówiony w p. 4.3.9. Ocenę efektywności terapii zamyka p. 4.3.10, w którym przedstawiam wyniki terapii w ujęciu ogólnym i indywidualnym, wskazując na zmiany w systemie fonetycznym poszczególnych osób.

4.1. Struktura postępowania logopedycznego

Niniejszy punkt wiąże się z odpowiedzią na następujący problem badawczy:

Jaka jest ogólna struktura procedury usprawniania realizacji fonemów w przypadku dyslalii obwodowej? Czy – a jeśli tak to jakie – fazy fonetyczne można wyodrębnić, prowadząc terapię dyslalii obwodowej za pomocą SMURF?

Analiza wyników badań pozwoliła na określenie ogólnej struktury postępowania logopedycznego w przypadku usprawniania realizacji fonemów w dyslalii obwodowej (tabela 7). Przedstawiona propozycja nie ma charakteru zamkniętego, gdyż zmieniająca się stale wiedza na temat mowy i jej uwarunkowań, a także samej terapii może wnieść nowe czy dopełniające spojrzenie na podjęty problem.

Tabela 7

Struktura postępowania logopedycznego

Własna aktywność pacjenta związana z tworzeniem głosek i/lub czynnościami prymarnymi zmieniająca się pod wpływem leczenia i zabiegów medycznych oraz terapii logopedycznej Efekt domina i samoregulacja					
Diagnoza wstępna wraz z kierowaniem na konsultację i zabiegi specjalistyczne, np. przecięcie wędzidełka języka	Terapia bezpośrednia				
	Konstruowanie przedpola artykulacji – inicjacja działań	Wywołanie głós <i>k</i> i/głós <i>e</i> ki i wprowadzanie ich do mowy spontanicznej pacjenta	Wywołanie głós <i>k</i> i/głós <i>e</i> ki i wprowadzanie ich do mowy spontanicznej pacjenta	Wywołanie głós <i>k</i> i/głós <i>e</i> ki i wprowadzanie ich do mowy spontanicznej pacjenta	Wywołanie głós <i>k</i> i/głós <i>e</i> ki i wprowadzanie ich do mowy spontanicznej pacjenta
		I faza	II faza	III faza	IV faza
		Fazy fonetyczne dotyczą działań logopedy podczas bezpośredniej terapii związanej z wywoływaniem kolejnych głós <i>e</i> ki danej grupy (wyodrębnionej ze względu na np. miejsce artykulacji) i wprowadzaniem ich do mowy spontanicznej pacjenta			
	Konstruowanie przedpola artykulacji – dalsze działania				
	Diagnoza uzupełniająca uwzględniająca: – wyniki badań i zabiegów specjalistycznych, – dalsze logopedyczne rozpoznawanie przyczyn zaburzeń, – pojawiające się zmiany u pacjenta (w szczególności w czynnościach biologicznych i systemie fonetycznym) pod wpływem terapii i zabiegów leczniczych, – efekty działań podczas bezpośredniej pracy związanej z terapią, np. podczas wywoływania głós <i>e</i> ki – bezpośrednie konsultacje ze specjalistami, np. z ortodontą w celu ustalenia współdziałania w odniesieniu do pacjenta				
Leczenie specjalistyczne, np. laryngologiczne, ortodontyczne, chirurgiczne					

W świetle prowadzonych badań postępowanie logopedyczne inauguruje diagnoza wstępna, która jest stale uzupełniana podczas kolejnych spotkań z pacjentem. W zależności od jej wyników pacjent może być skierowany na badania i zabiegi medyczne, np. przecięcie wędzidełka języka. Terapię rozpoczynają działania związane z konstruowaniem przedpola artykulacji, a skupiają się przede wszystkim na likwidacji parafunkcji, normalizacji gryzienia i żucia, nauce pozycji w-h języka, która jest jedną z podstaw nauki prawidłowego oddychania i połykania. Stanowią one także ważny wątek działań podczas równolegle prowadzonej terapii poszczególnych faz fonetycznych związanych z wywoływaniem kolejnych głosek i wprowadzaniem ich do mowy potocznej pacjenta.

Wraz inicjacją konstruowania przedpola artykulacji podejmowane są działania prowadzące do rozpoczęcia nauki pierwszej głoski I fazy fonetycznej, co łączy się z analizą objawu i przyczyn zaburzeń realizacji fonemów (logopeda może jednak nie znać wszystkich przyczyn lub też może je znać w zakresie ogólnym, np. wie, że dziecko oddycha drogą ustną, ale jeszcze nie zna powodu ustnego poboru powietrza, a zatem kieruje pacjenta do specjalisty), cechami rozwoju psychomotorycznego, a także uruchomieniem własnej wiedzy na temat mowy i jej zaburzeń płynącej z różnych dyscyplin zajmujących się językiem i zachowaniami językowymi.

Każda faza fonetyczna wiąże się z wywoływaniem głosek wyodrębnionych ze względu na jakąś kategorię fonetyczną lub kategorie fonetyczne, np. miejsce artykulacji. Liczba głosek danej fazy fonetycznej może obejmować kilka głosek lub może być to jedna głoska, np. [r]. W badaniach odnotowałam następujące klasy głosek, które dotyczyły wyróżnionych faz fonetycznych:

- [f, v],
- [l],
- [r],
- [n, t, d],
- [t, d, n],
- [c, ʒ, s, z],
- [c, s, z, ʒ],
- [c, s, ʒ, z],
- [č, ʒ, š, ž],
- [č, š, ž, ʒ],
- [č, š, ʒ, ž],
- [š, ž, č, ʒ],
- [ć, ź, ś, ż, i, ń],
- [ć, ś, ź, ʒ, i, ń],
- [ć, ś, ʒ, ż, i, ń],
- [ś, ź, ć, ʒ, i, ń],
- [k, g].

Analiza jakościowa pozwala zatem na wniosek, że sekwencje terapii głosek w ramach danej fazy fonetycznej, podczas której wywoływałam głoski, były różne, chociaż dotyczyły tych samych głosek, np. zębowych dentalizowanych. Przyczyną takiej sytuacji była konieczność dopasowania metody terapii – w tym przypadku kolejności wywoływania głosek – do pacjenta. Należy również podkreślić, że kryterium wyróżnienia głosek danej klasy wybranych przez logopedę do terapii mogą być inne kategorie fonetyczne, np. udział wiązań głosowych, udział rezonatora nosowego. Ma to związek z rodzajem objawu zaburzeń realizacji fonemów, a także przyczyną stwierdzonej dysfunkcji.

Po przeprowadzeniu sondy na temat możliwości pracy nad wybraną do ćwiczeń głoską I fazy fonetycznej logopeda wywołuje głoskę (nie zawsze dzieje się to na pierwszej wizycie), a następnie wprowadza ją do większych jednostek i mowy spontanicznej pacjenta, wybierając – jeśli są potrzebne – sposoby opisane w SMURF (II–VII etap). Dobiera tempo pracy do możliwości pacjenta, co oznacza, że niektórzy pacjenci w przechodzeniu z jednej fazy pracy do kolejnej mogą potrzebować więcej lub mniej czasu niż inni. Niektórzy nie potrzebują przechodzić przez wszystkie etapy wymienione w SMURF. Zdarzało się, że na jednej wizycie były wywołane wszystkie głoski danej fazy fonetycznej, np. [č, ž, š, ž], co – zauważmy – stoi w sprzeczności z dość powszechnym schematem pracy opracowanym kilkadziesiąt lat temu przez Charlesa van Ripera i J.V. Irwina¹, według których należy pracować nad jednym dźwiękiem.

Jeśli inauguruje naprawę zaburzonego systemu fonetycznego głoska jest jedną z szeregu głosek dentalizowanych, to w dalszym ciągu logopeda pracuje nad kolejnymi głoskami danego szeregu. Jednocześnie podczas każdej wizyty monitoruje system fonetyczny pacjenta w celu sprawdzania, czy ćwiczone głoski są wymawiane przez pacjenta w mowie spontanicznej.

Uwzględniając różne zmienne (rodzaj wady wymowy, możliwości pacjenta itp.), logopeda przystępuje do pracy nad głoskami kolejnej fazy fonetycznej, co zostało zaznaczone na schemacie. Taki cykl pracy zazwyczaj się powtarza (na schemacie zaznaczono 4 fazy fonetyczne, ale może ich być mniej lub więcej). Logopeda, pracując nad głoskami danej fazy fonetycznej, korzysta z różnych strategii opisanych w SMURF, dobierając sposób pracy i jej tempo dla pacjenta. Może także zmieniać ustaloną na początku postępowania sekwencję terapii głosek, co ma związek z aktualizacją diagnozy, a także efektem domina i samoregulacją (zob. p. 4.3.9).

Specjalista po wstępnej diagnozie dalej prowadzi rozpoznanie podczas kolejnych spotkań z pacjentem; ma ono charakter uzupełniający, a ma na celu ana-

¹ Ch. VAN RIPER, J.V. IRWIN: *Artikulationsstörungen. Diagnose und Behandlung*. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin–Charlottenburg 1970. Za: J.T. KANIA: *Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej. Wybrane zagadnienia teoretyczne i praktyczne*. W: *Wybrane zagadnienia z defektologii*. T. 3. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1975. Przekład w: J.T. KANIA: *Szkice logopedyczne*. PTL, Lublin 2001, s. 312–313.

lizę wyników badań specjalistycznych i wyników leczenia, np. sprawdza ruchomość języka po przecięciu wędzidełka języka; nadal – jeśli ma wątpliwości – poszukuje przyczyn zaburzeń. Monitoruje zmiany pojawiające się u pacjenta pod wpływem terapii i zabiegów leczniczych (w szczególności w czynnościach biologicznych i systemie fonetycznym). Istotnym wątkiem prowadzonej nadal działalności diagnostycznej są efekty działań podejmowanych podczas bezpośredniej pracy związanej z terapią, np. podczas wywoływania głosek. Zdobywając dopełniającą wiedzę na temat pacjenta i jego zaburzeń mowy, logopeda może zmieniać zaplanowane na początku terapii etapy pracy, np. może zmieniać założoną sekwencję terapii głosek, kierować na powtórne przecięcie wędzidełka języka itp.

Przejsie z jednego etapu – określonego rodzajem wywoływanych głosek wyodrębnionych przede wszystkim ze względu na miejsce artykulacji – ma swoją dynamikę (zob. p. 4.3.6), ale nie zawsze odbywa się skokowo, logopeda może bowiem jeszcze przed przystąpieniem do wywoływania głoski kolejnej fazy fonetycznej podejmować zabiegi przygotowujące do planowanej w najbliższym czasie pracy dotyczącej danej głoski, np. [r].

Prowadzone badania pozwoliły na wskazanie, że działania logopedy (np. ćwiczenie pozycji w-h języka, pozycji spoczynkowej i połykania, ćwiczenie głosek) czy lekarza, który wykonał zabieg przecięcia wędzidełka języka, uruchamiają różne zjawiska w systemie fonetycznym pacjenta. Można je określić ogólnie jako efekt domina, a w odniesieniu do pacjenta – samoregulacją (zob. p. 4.3.9).

Analiza wyników badań i własne doświadczenia pozwalają na kilka refleksji. Droga od głosek wadliwych do głosek normatywnych jest procesem obejmującym różną aktywność pacjenta i logopedy, a także innych specjalistów. Istotne są działania logopedy: planowanie, integracja wiedzy o mowie i jej zaburzeniach, analiza wyników badań, monitorowanie zmian pojawiających się w mowie pacjenta, dopasowanie metody pracy z uwzględnieniem wyników badań itp., a także praktyczne umiejętności wprowadzania zaplanowanych działań do bezpośredniej pracy z pacjentem podczas zajęć.

Nieustanne poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, dlaczego pojawiają się ewentualne trudności w przechodzeniu z jednej fazy pracy do kolejnej czy podczas wywoływania głoski, powinny być codzienną praktyką podczas prowadzonej terapii. Aktywność logopedy jest tym bardziej ważna, że to właśnie logopeda organizuje aktywność pacjenta.

Terapia – według mnie – to nie tylko rzemiosło i sztuka, ale także umiejętność odkrywania, poszukiwania zależności pomiędzy różnymi zjawiskami, dociekania istoty i przyczyn obserwowanych faktów empirycznych. A zatem nie tylko rzemieślnik i artysta, ale także badacz – taka sylwetka logopedy oddaje moim zdaniem istotę jego aktywności podczas postępowania logopedycznego. Nie można jej zatem sprowadzać do kilku recept na wywoływanie głoski, czego – jakże często – oczekują niektórzy logopedzi. Istotą działania logopedy podczas terapii jest – jak sądzę – myślenie strategiczne, a nie jedynie od-

tworzenie opisanych w różnych poradnikach sposobów pracy według schematu objaw – metoda. Jeśli zwolnimy logopedę od podejmowania ostatecznych decyzji dotyczących terapii, to jednocześnie taką terapię mógłby prowadzić nielogopeda, a nawet maszyna.

4.2. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników diagnozy

Przedstawione w p. 4.2.1 analizy odnoszą się do wieku i płci badanych osób z grupy A i grupy B. Z kolei w p. 4.2.2 prezentuję wyniki badań dzieci z grupy B, a dotyczące warunków anatomiczno-czynnościowych oraz ogólnych informacji na temat realizacji fonemów badanych osób. Z kolei w p. 4.2.3 zajmuję się analizą wyników badań realizacji fonemów oraz warunków anatomiczno-czynnościowych osób z dyslalią, prezentując ujęcie ogólne odnoszące się do trzech wyodrębnionych grup. Analizę indywidualną wyników diagnozy przedstawiam w p. 4.2.4.

4.2.1. Wiek i liczba badanych osób

Zgodnie z przyjętymi kryteriami (zob. p. 3.7) do badań zakwalifikowałam ogółem 104 osoby. W tej grupie znalazło się 69 pacjentów z izolowanymi zaburzeniami realizacji fonemów o etiologii obwodowej (grupa A) oraz 35 dzieci z zaburzeniami, takimi jak typu autyzm, zespół Aspergera, opóźniony rozwój mowy, a także z jękaniem i mutyzmem (grupa B). Badane osoby mieszkają w miastach aglomeracji śląskiej lub w okolicznych miejscowościach, spora grupa osób pochodziła z województwa małopolskiego. Opiekunowie badanych, jak i pacjenci dorośli, prezentują podobny status społeczny.

Tabela 8

Liczebność badanych grup A i B z podziałem na płeć

Grupa A Osoby z dyslalią obwodową N: 69					Grupa B Osoby z zaburzeniami wielopłaszczyznowymi N: 35				
K		M		Ogółem	K		M		Ogółem
l.	%	l.	%		l.	%	l.	%	
38	55,1	31	44,9	69	10	28,6	25	71,4	35

Tabela 9

Liczebność grupy A z podziałem na płeć

Grupa A Osoby z dyslalią obwodową N: 69														
I N: 23					II N: 23					III N: 23				
wiek 3l. 3 m. ż. – 6 l. 11 m. ż.					wiek 7 l. – 13 l. 1 m. ż.					wiek 15 l. – 40 l.				
K		M		Ogółem	K		M	Ogółem		K	M	Ogółem		23
l.	%	l.	%		l.	%	l.	%	l.	%	l.	%		
12	52,2	11	47,8		14	60,9	9	39,1	12	52,2	11	47,8		

Ogółem w badaniach uczestniczyło 48 osób płci żeńskiej i 56 osób płci męskiej. Najmłodszy pacjent miał 18 miesięcy, a najstarszy 40 lat. Grupa B liczyła więcej chłopców, co koresponduje z danymi na temat częstości występowania zaburzeń mowy w zależności od płci². W grupie osób z dyslalią obwodową wyodrębniłam ze względu na wiek 3 podgrupy: I, II i III. Tabele 8 i 9 przedstawiają strukturę badanych grup ze względu na płeć i wiek. W grupie II znalazło się więcej osób płci żeńskiej niż męskiej. Być może ma to związek np. z większym zainteresowaniem dziewczynek i ich rodziców wymową i wyglądem (wielu pacjentów zgłosiło się do logopedy na polecenie ortodonta).

4.2.2. Osoby z zaburzeniami wielopłaszczyznowymi

Niniejszy punkt wiąże się z odpowiedzią na problem badawczy, który brzmi:

Jaka jest częstość występowania nienormatywnych warunków anatomicznych i czynnościowych u dzieci ze zdiagnozowanymi podstawowymi zaburzeniami mowy, takimi jak opóźniony rozwój mowy, autyzm, zespół Aspergera, jękanie, mutyzm (grupa B – osoby z zaburzeniami wielopłaszczyznowymi)?

4.2.2.1. Rodzaje zaburzeń i wiek badanych

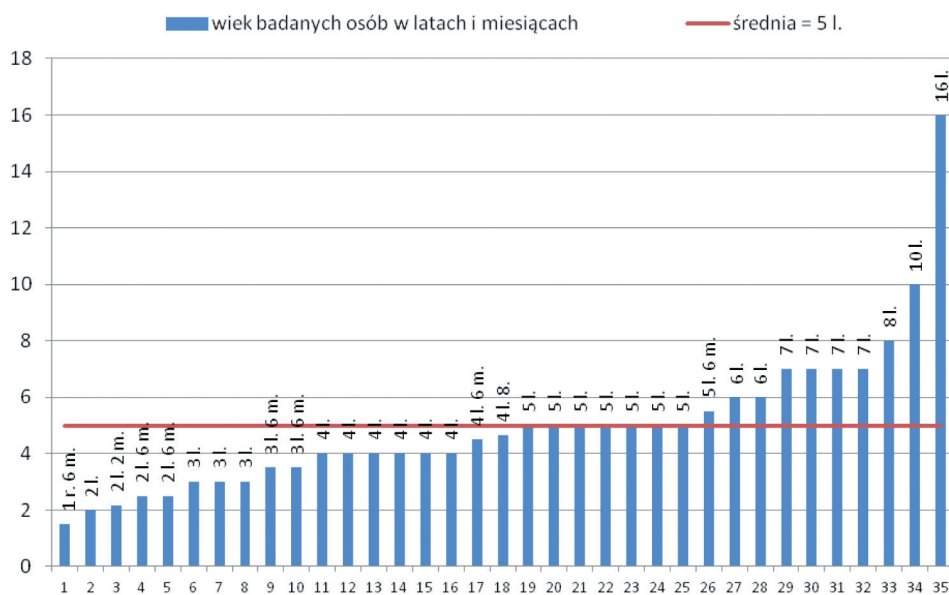
Badaniami objęłam grupę dzieci i młodzieży, która zgłosiła się na konsultacje logopedyczne z postawioną już diagnozą zaburzenia podstawowego, np. ze-

² Zob. np. I. MICHALAK-WIDERA: *O przeprowadzonych badaniach logopedycznych, czyli raport o stanie mowy uczniów jednej z katowickich szkół*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne”, nr 6/2004, s. 24–28.

spół Aspergera, autyzm, jąkanie, opóźniony rozwój mowy, mutyzm. Dzieci zazwyczaj były już pod opieką logopedy, psychologa, pedagoga, specjalisty integracji sensorycznej, co wiązało się z korzystaniem z terapii w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju. Rodzice poszukiwali zatem jeszcze dodatkowej pomocy i zaleceń dotyczących terapii. Gdy przeprowadzałam badanie logopedyczne warunków anatomicznych i czynnościowych, większość z nich była zaskoczona tym, że zaglądam dziecku do jamy ustnej i sprawdzam, jak układa język podczas artykulacji, oraz oceniam budowę narządów mowy, oddychanie, połykanie, żucie.

Oprócz swojego badania wykorzystałam opinie specjalistyczne na temat stanu mowy i komunikacji dziecka, jakie przynosili ze sobą rodzice. Z nich dowiedziałam się np., że u dziecka występuje autyzm. Badanie prowadzone przeze mnie polegało na ogólnej ocenie poziomu funkcjonowania językowego – rozumienia i mówienia, w tym artykulacji, oraz ocenie procesów percepcyjnych i realizacyjnych, w tym budowy i funkcji narządów mowy. Badanie miało charakter konsultacyjny.

Grupa badawcza liczyła 35 osób w wieku od 18 miesięcy do 16. roku życia. Wykres 1 prezentuje dane na temat wieku poszczególnych pacjentów.



Wykres 1. Wiek badanych osób z grupy B

Zaburzenia mowy opisane ogólnie w kategoriach objawu jako opóźniony rozwój mowy miały różną etiologię: wcześniactwo, niepełnosprawność intelektualna, urazy okołoporodowe itp. (a nazywane w dostarczonych mi opiniach

innych specjalistów w różny sposób: alalia, afazja motoryczna, opóźniony rozwój mowy, jak również – u innych osób z charakterystycznym zestawem objawów – autyzmem, zespołem Aspergera). W grupie badanych znalazły się 2 osoby posługujące się językiem polskim, ale w ograniczonym zakresie, które wychowują się poza granicami naszego kraju, a polski jest poznawany równolegle do innych języków (dzieciom tym postawiono rozpoznanie: opóźniony rozwój mowy). Trudno orzekać na podstawie jednej konsultacji, jaka jest wiodąca przyczyna ubogiej ekspresji werbalnej tych dzieci: utrudnione warunki uczenia się języka polskiego czy też – oprócz lub zamiast tego – czynniki związane z warunkami biologicznymi pacjentów. Przeprowadzając wywiad z rodzicami dzieci, nie znalazłam jednak innych okoliczności, które mogłyby wpływać na niski poziom intensywności ekspresji werbalnej. Z pewnością należy przeprowadzić dalsze czynności diagnostyczne.

4.2.2.2. Warunki anatomiczne i czynnościowe narządów mowy

Analiza wyników badań pokazała, że z wyjątkiem jednej osoby³ z ogólnej liczby dzieci objętych badaniami u wszystkich występowały – wśród innych – takie formy zaburzeń wymowy, które ze względu na nienormatywne cechy fonetyczne nie miały charakteru rozwojowego. Były to przede wszystkim następujące niepożądane cechy fonetyczne: międzyzębowość, dorsalność, niesymetryczne ułożenie języka i niesymetryczny przepływ powietrza, dyswibracyjność w postaci tworzenia głoski dorsalnej o typie półotwartej zamiast [r]⁴. Cechy te wiążą z nieprawidłowymi warunkami anatomiczno-czynnościowymi narządów mowy, które stwierdziłam u badanych dzieci (tabela 10).

Jak zaznaczyłam powyżej, tylko u jednego dziecka z opóźnionym rozwojem mowy w wieku 3 lat stwierdziłam prawidłowe warunki anatomiczne i czynnościowe. U dziecka występował niewielki inwentarz głosek wraz z ubogim słownikiem i nieumiejętność łączenia wyrazów w większe jednostki. Ze względu na ubogi repertuar tworzonych słów i liczbę głosek nie można było ocenić jakości wielu dźwięków, a jedynie samogłoski ustne, głoski dwuwargowe ustne, zwarto-wybuchowe zębowe, półsamogłoski, spółgłoski nosowe.

³ W p. 3.7 pisałam o tym, że nazwa badanej grupy „osoby z zaburzeniami wielopłaszczyznowymi” jest pewnym uproszczeniem.

⁴ Badania dzieci jękających się w wieku przedszkolnym prowadzone przez Katarzynę Węsierską potwierdziły obserwacje prowadzone za granicą, że u 50% dzieci młodszych (od 3. roku życia do 4. roku życia i 11 miesięcy) występowały „problemy w realizacji dźwięków mowy”, a w grupie starszej (od 5. roku życia do 6. roku życia i 11 miesięcy) u prawie 69% badanych. Skłania to do dokładnego zbadania tego zjawiska. Zob. K. WĘSIERSKA: *Występowanie zaburzeń płynności mówienia i wad wymowy u dzieci w wieku przedszkolnym*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń realizacji fonemów*. Red. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, współpr. A. PŁONKA. Wydawnictwo UŚ, Katowice 2015, s. 131–142.

Tabela 10

Wyniki badań warunków anatomicznych i czynnościowych – grupa B

Warunki anatomiczne i czynnościowe		Rodzaj zaburzenia podstawowego									
		Opóźniony rozwój mowy		Autyzm, zespół Aspergera		Mutyzm wybiórczy		Jąkanie		RAZEM	
		N: 24		N: 6		N: 1		N: 4		N: 35	
		l.	%	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Ankyloglosja	tak	16	66,7	4	66,7	0	0,0	3	75,0	23	65,7
	nie	8	33,3	2	33,3	1	100,0	1	25,0	12	34,3
Wada zgryzu	tak	11	45,8	5	83,3	1	100,0	1	25,0	17	48,6
	nie	13	54,2	1	16,7	0	0,0	3	75,0	18	51,4
Nieprawidłowe oddychanie	tak	13	54,2	5	83,3	1	100,0	1	25,0	20	57,1
	nie	11	45,8	1	16,7	0	0,0	3	75,0	15	42,9
Nieprawidłowe połykanie	tak	13	54,2	4	66,7	1	100,0	1	25,0	19	54,3
	nie	11	45,8	2	33,3	0	0,0	3	75,0	16	45,7
Nieprawidłowe odgryzanie i/lub gryzienie i żucie	tak	10	41,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0	12	34,3
	nie	14	58,3	4	66,7	1	100,0	4	100,0	23	65,7
Przedłużone i częste picie z butelki ze smoczkiem i/lub kubeczka niekapka	tak	5	20,8	1	16,7	0	0,0	0	0,0	6	17,1
	nie	19	79,2	5	83,3	1	100,0	4	100,0	29	82,9
Przedłużone i częste ssanie smoczka-uspokajacza	tak	5	20,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	14,3
	nie	19	79,2	6	100,0	1	100,0	4	100,0	30	85,7
Ssanie palca	tak	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,7
	nie	22	91,7	6	100,0	1	100,0	4	100,0	33	94,3

Uwagę zwracają wyniki badania długości wędzidełka języka i zaburzenia oddychania oraz nieprawidłowe połykanie, a także występowanie wady zgryzu. U 4 osób przed wizytą w moim gabinecie zostało przecięte wędzidełko języka. U 2 osób – w wyniku zabiegu chirurgicznego – udało się uzyskać prawidłową długość wędzidełka języka, a w pozostałych 2 przypadkach dziecko nadal miało skrócone wędzidełko w stopniu nieznacznym. Nie wiemy jednak, jak wyglądało wędzidełko przed przecięciem. Analizy Barbary Ostapiuk i moje obserwacje oraz badania pokazują, że jednokrotny zabieg chirurgiczny nie zawsze powoduje całkowitą likwidację ankyloglosji, ale ją zmniejsza, co ma związek nie tylko z pierwotną długością wędzidełka, ale także miejscem przyczepów, jego grubością, usytuowaniem względem płaszczyzny przednio-tylnej, a także – jak przypuszczam – z rodzajem zastosowanych metod zabiegu chirurgicznego. Rodzice

nie otrzymali informacji od chirurga, że trzeba ćwiczyć język po przecięciu wędzidełka języka, a także o konieczności powtórnej oceny wędzidełka języka po zabiegu chirurgicznym. Takiej informacji nie uzyskali także od logopedy, który kierował dziecko na zabieg chirurgiczny. Byli zdumieni moją informacją, że wędzidełko nadal jest skrócone, i mówili: „Przecież dziecko miało już przecięte wędzidełko języka”. W 3 na przypadkach 4, o których mowa, przecięcie wędzidełka języka było zalecone przez logopedę, a w 1 na polecenie lekarza, gdyż występowały problemy w ssaniu.

Rodzaj zaburzeń anatomicznych i/lub czynnościowych był różny – w większości przypadków zaburzenia anatomiczne i czynnościowe występowały łącznie. Ponieważ badanie logopedyczne dzieci z grupy B odbywało się najczęściej w formie jednorazowych konsultacji, nie można wykluczyć, że kolejne badania wykazałyby bardziej szczegółowe cechy warunków anatomicznych i czynnościowych, a częstość występowania poszczególnych odmienności anatomicznych i/lub czynnościowych mogłaby ulec zmianie. Wyniki badań skłaniają jednak do wniosku, że w przypadku takich zaburzeń, jak opóźniony rozwój mowy, autyzm, zespół Aspergera, jąkanie czy mutyzm, należy starannie diagnozować warunki anatomiczne i czynnościowe narządów mowy, które w różnym zakresie mogą modyfikować prowadzoną terapię. Piszę o tym w kontekście uwag rodziców badanych osób, którzy niejednokrotnie byli zaskoczeni tym, że dziecko ma np. ankyloglosję. Wręcz mówili: *Przecież chodzę do logopedy. Nic mi nie mówiono, że trzeba przeciąć wędzidełko języka.*

Nie jest moją intencją wskazywanie, że u dziecka z autyzmem, opóźnionym rozwojem mowy czy jąkaniem najważniejszym celem terapii jest prawidłowa wymowa. Nie chcę także powiedzieć, że w przypadku badanych dzieci ocena warunków anatomicznych i czynnościowych musi być przeprowadzona od razu na początku terapii. Pragnę jedynie podkreślić, że w przypadku różnych zaburzeń mowy należy prowadzić wielostronną diagnozę obejmującą – oprócz innych zmiennych – także czynniki anatomiczne i czynnościowe narządów mowy. Mogą one w różnym zakresie modyfikować jakość i/lub intensywność ekspresji werbalnej oraz wpływać na terapię. Skoro bowiem modyfikują rozwój fonetyczny dzieci z dyslalią, to także – w charakterystyczny i zgodny ze swoją specyfiką sposób – wpływają na rozwój fonetyczny dzieci z jąkaniem, opóźnionym rozwojem mowy czy autyzmem. Samą zaś terapię dzieci z opóźnionym rozwojem mowy czy jąkaniem lub autyzmem należy prowadzić roztropnie i ważyć, co jest ważniejsze – rozwój kompetencji czy sprawności, pamiętając jednak, że pomiędzy tymi obszarami mowy istnieje wzajemny związek, o czym wyraziście pisał Stanisław Grabias⁵,

⁵ S. GRABIAS: *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 3–20; S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, Z.M. KURKOWSKI. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012.

a także Zdzisław Marek Kurkowski⁶, jak również inni badacze. Doniesienia na temat rozwoju mowy potwierdzają te zależności.

Pragnę również zwrócić uwagę, że u małego dziecka z opóźnionym rozwojem mowy zasób słów i głosek może być ubogi, co nie pozwala na ocenę wielu cech fonetycznych w głoskach, ponieważ ich nie ma w systemie fonetycznym dziecka. Istotna wydaje się w takich przypadkach ocena warunków anatomicznych i czynnościowych, która umożliwi stawianie prognoz dotyczących rozwoju fonetycznego dziecka. Inna refleksja wiąże się z następującą hipotezą: skrócone nieznacznie wędzidełko języka od urodzenia może rodzić inne – co do jakości i intensywności, a także możliwości terapii – zaburzenia wymowy niż wędzidełko, także skrócone w stopniu nieznacznym, ale jako skutek przecięcia znacznie skróconego wędzidełka w 6. miesiącu czy 3. roku życia. Problem ten wymaga badań, ważne są bowiem zbierane doświadczenia pracy języka, począwszy od okresu prenatalnego⁷.

4.2.3. Osoby z dyslalią obwodową – ujęcie ogólne

Niniejszy punkt odnosi się do następujących problemów badawczych:

1. *Jaka jest częstość występowania nienormalnych realizacji fonemów u osób z dyslalią obwodową, a także jakie cechy nienormalne w przypadku realizacji fonemów spółgłoskowych występują najczęściej w zależności od grupy (I, II, III) oraz czy istnieją różnice pomiędzy badanymi grupami I, II i III? Jaka jest śródwymawianiowa pozycja języka, zwana także Inter-Speech, w zależności od badanej grupy?*

⁶ Z.M. KURKOWSKI: *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013.

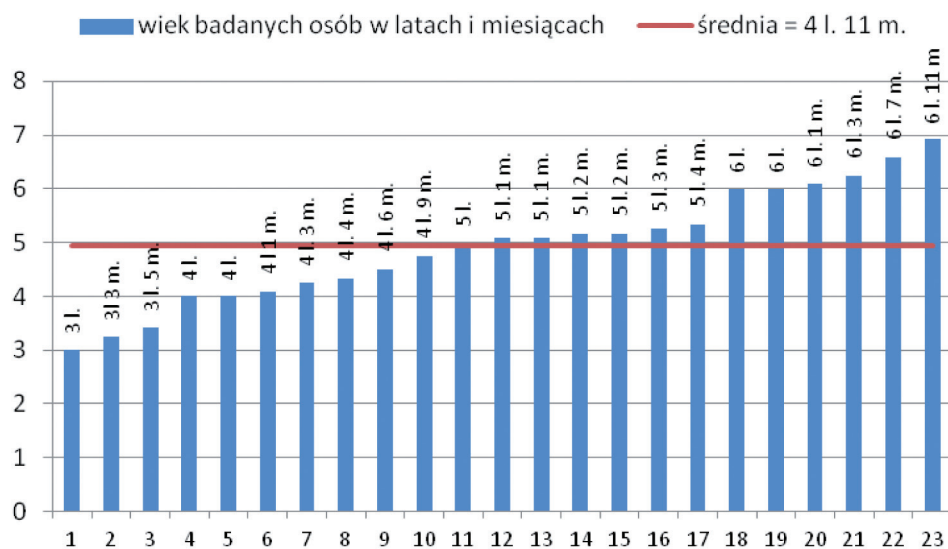
⁷ E. RONIN-WALKNOWSKA, M. SAMBORSKA, T. PŁONKA: *Nieprawidłowości języka u płodu i noworodka*. „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”. T. 52, supl. 3. Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin 2006; D. KORNAS-BIELA: *Okres prenatalny*. W: *Psychologia rozwoju człowieka*. T. 1. Red. B. HARWAS-NAPIERAŁA, M. PRZETACZNIK-GIEROWSKA, J. TREMPAŁA. PWN, Warszawa 2002; D. KORNAS-BIELA: *Prenatalne uwarunkowania rozwoju mowy*. W: *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Red. B. ROCLAWSKI. Glottispol, Gdańsk 1998, s. 13–23; J.L. MILLER, B.C. SONIES, C. MACEDONIA: *Emergence of oropharyngeal, laryngeal and swallowing activity in the developing fetal upper aerodigestive tract: an ultrasound evaluation*. „Early Human Development”. Vol. 71/2003, s. 61–87; C.L.R. CAJAL: *Description of human fetal laryngeal functions: phonation*. „Early Human Development”. Vol. 45/1996, s. 63–72; J.I. De VRIES, G.H. VISSER, H.F. PRECHTL: *The emergence of fetal behaviour. Qualitative aspects*. „Early Human Development”. Vol. 12(2), 1985, s. 99–120; B.M. PIETRIKOVSKY, G.P. KAPLAN, H. PESTRAK: *The application of color Doppler technology to the study of fetal swallowing*. „Obstetrics & Gynecology”. Vol. 86(4)/1995 s. 605–608. Nazwiska autorów anglojęzycznych podają za: E. RONIN-WALKNOWSKA, M. SAMBORSKA, T. PŁONKA: *Nieprawidłowości języka u płodu i noworodka...*

2. Jaka jest częstość występowania nienormalnych warunków anatomicznych i czynnościowych u osób z dyslalią obwodową w zależności od grupy I, II i III?
3. Jaka jest częstość występowania dyslalii anatomicznej, dyslalii funkcjonalnej i dyslalii anatomiczno-funkcjonalnej w zależności od grupy I, II i III?

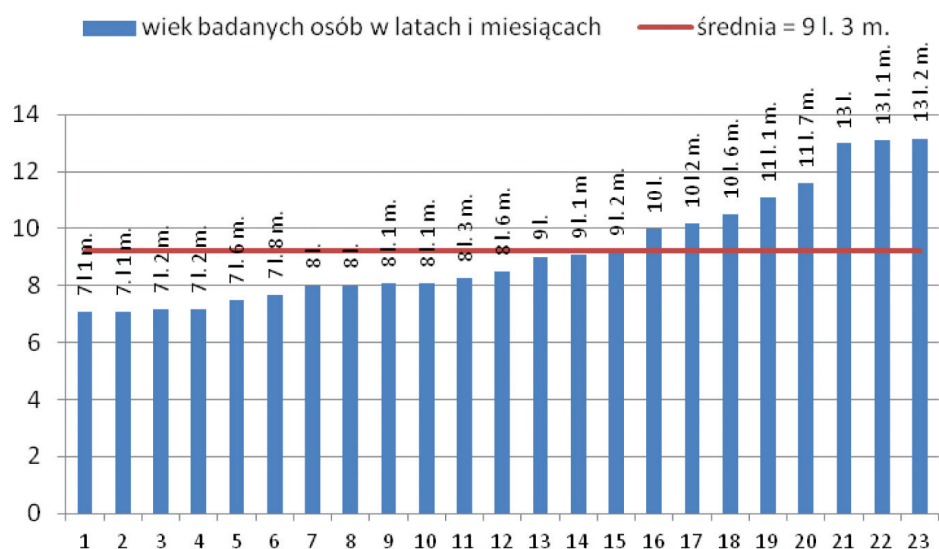
Analizy otwiera prezentacja struktury wiekowej nadanych osób (p. 4.2.3.1).

4.2.3.1. Struktura wiekowa badanych grup

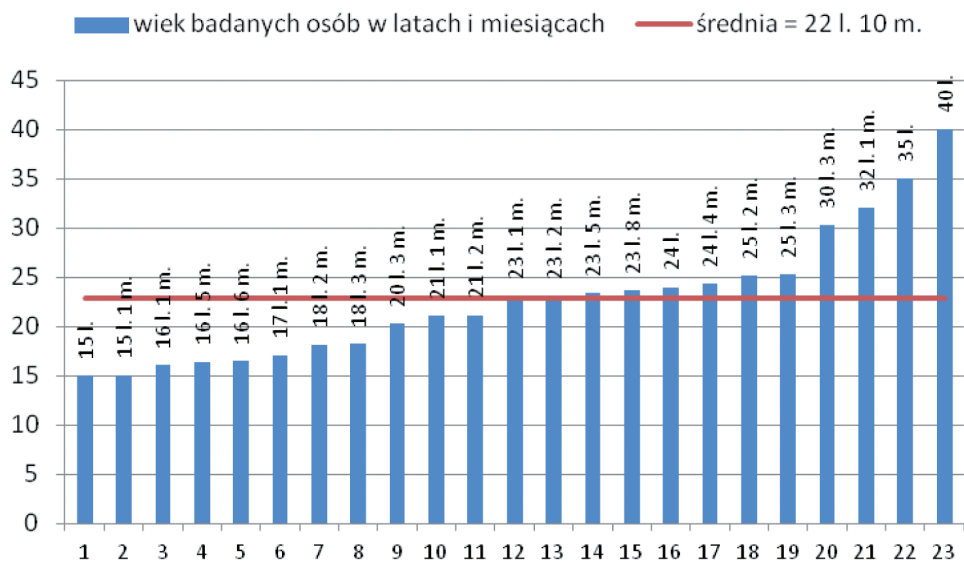
Badane grupy osób z dyslalią obwodową są równoliczne – każda z nich obejmuje 23 osoby, a rozkład osób płci żeńskiej i męskiej w wyodrębnionych grupach został omówiony w p. 4.2.1. Wykresy 2–4 prezentują dane na temat wieku poszczególnych osób w grupie I, II i III.



Wykres 2. Wiek badanych osób z grupy I



Wykres 3. Wiek badanych osób z grupy II



Wykres 4. Wiek badanych osób z grupy III

Średnia wieku w przypadku I grupy wyniosła 4 lata i 11 miesięcy, w przypadku II grupy 9 lat i 3 miesiące, a w grupie III 22 lata i 10 miesięcy.

4.2.3.2. Częstość występowania nienormalnie realizowanych fonemów i ich rodzaje

Tabela 11 przedstawia wyniki badania częstości występowania zaburzeń realizacji poszczególnych fonemów uporządkowanych według miejsca artykulacji i innych cech fonetycznych. Należy zauważyć, że u 3 osób z I grupy i 2 z II grupy występowały także sporadycznie wargowo-zębowe realizacje fonemów /p, b, m/, co nie zostało odnotowane w zestawieniach, ponieważ z jednej strony występowały rzadko, z drugiej zaś dzieci ćwiczyły prawidłowy sposób realizacji tych fonemów z rodzicami, zanim zgłosiły się do gabinetu⁸. W badanej grupie osób nie wystąpiły nienormalne realizacje fonemów /u/ oraz /x/.

Tabela 11

Częstość nienormalnie realizowanych grup fonemów ze wskazaniem miejsca w uszeregowaniu od najczęściej realizowanych nienormalnie

Rodzaje grup fonemów realizowanych nienormalnie	Grupa I			Grupa II			Grupa III			Razem		
	l.	%	Miejsce w rankingu	l.	%	Miejsce w rankingu	l.	%	Miejsce w rankingu	l.	%	Miejsce w rankingu
/f, v/	2	8,7	8	0	0,0	8	0	0,0	7	2	2,9	9
/n, t, d/	15	65,2	4	16	69,6	4	19	82,6	3	50	72,5	5
/c, ʒ, s, z/	19	82,6	2	17	73,9	3	21	91,3	1	57	82,6	2
/l/	14	60,9	5	12	52,2	6	11	47,8	5	37	53,6	7
/r/	18	78,3	3	19	82,6	2	19	82,6	3	56	81,2	3
/č, ʒ, š, ž/	23	100,0	1	21	91,3	1	17	73,9	4	61	88,4	1
/j, ħ/	12	52,2	6	14	60,9	5	17	73,9	4	43	62,3	6
/ć, ʑ, ś, ź/	18	78,3	3	17	73,9	3	20	87,0	2	55	79,7	4
/k, g/	3	13,0	7	4	17,4	7	3	13,0	6	10	14,5	8

⁸ W trakcie ćwiczeń artykulacyjnych prowadzonych podczas terapii uwzględniałam – obok pierwszoplanowych – zadania dotyczące prawidłowej realizacji fonemów /p, b, m/; pacjenci dobrze z nimi sobie radzili. Rodzice informowali mnie, że po leczeniu ortodontycznym i prowadzonych ćwiczeniach dzieci coraz rzadziej podkładały wargę dolną pod górne zęby. Takie zależności wpisują się w tezę, że struktura warunkuje funkcję, ale też należy pamiętać, że nieprawidłowa funkcja może w określonych okolicznościach zmieniać warunki anatomiczne. Zob. uwagi ortodontów na temat tych skomplikowanych zależności: W.R. PROFFIT, H.W. FIELDS: *Ortodoncja współczesna*. Red. nauk. wyd. pol. G. ŚMIECH-SŁOMKOWSKA. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001; *Ortodoncja*. T. 2. Red. P. DIEDRICH. Wyd. 1 polskie. Red. A. MASZTALERZ. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2000.

Częstość występowania nienormalizowanych realizacji fonemów poszczególnych kategorii dla grupy I, II i III była różna i oscylowała od największej – 88,4% dla fonemów dentalizowanych dźwiękowych do najmniejszej – 2,9% w przypadku realizacji fonemów wargowo-zębowych. Analiza częstości występowania zaburzeń realizacji poszczególnych klas fonemów spółgłoskowych pozwala na sporządzenie swobodnego rankingu porządkującego grupy fonemów od najczęściej do najrzadziej realizowanych nienormalizownie. Dla całej badanej populacji prezentuje się on następująco:

/č, ž, š, ž/, /c, ʒ, s, z/, /r/, /č, ʒ, š, ž/, /n, t, d/, /j, ñ/, /l/, /k, g/, /f, v/.

Z kolei tabela 12 przedstawia rankingi grup fonemów uporządkowane według tego samego kryterium w zależności od grupy.

Tabela 12

Ranking grup fonemów spółgłoskowych realizowanych nienormalizownie ze wskazaniem miejsca w uszeregowaniu od najczęściej realizowanych nienormalizownie

Miejsce grupy fonemów w uszeregowaniu ze względu na częstość realizacji nienormalizowanych	Grupa I	Grupa II	Grupa III
1	/č, ž, š, ž/	/č, ž, š, ž/	/c, ʒ, s, z/
2	/c, ʒ, s, z/	/r/	/č, ʒ, š, ž/
3	{/č, ʒ, š, ž/, /r/}	{/c, ʒ, s, z/, /č, ʒ, š, ž/}	{/n, t, d/, /r/}
4	/n, t, d/	/n, t, d/	{/č, ž, š, ž/, /j, ñ/}
5	/l/	/j, ñ/	/l/
6	/j, ñ/	/l/	/k, g/
7	/k, g/	/k, g/	/f, v/
8	/f, v/	/f, v/	

Uwaga. Jeśli występowała taka sama częstość nienormalizowanych realizacji poszczególnych grup fonemów, używałam nawiasów {} dla oznaczenia tego zjawiska.

Na podstawie danych zawartych w tabelach 11 i 12 można wysunąć wniosek, że w całej badanej populacji, czyli grupach I, II i III łącznie, najczęściej występowały nienormalizowane realizacje fonemów dźwiękowych dentalizowanych, w dalszej kolejności fonemów zębowych dentalizowanych, następnie fonemu /r/, fonemów itowych dentalizowanych, fonemów niedentalizowanych zębowych oraz itowych, a także fonemu /l/. Do najrzadziej nienormalizownie realizowanych fonemów należały fonemy wargowo-zębowe, a niskie współczynniki uzyskały też fonemy tylnojęzykowe zwarto-wybuchowe.

Nieco odmiennie jest uporządkowanie fonemów w poszczególnych grupach badanych osób. W przypadku I grupy wysokie pozycje w rankingu zajmują fonemy dentalizowane dźwiękowe, zębowe i itowe oraz fonem /r/; w II grupie fonemy dentalizowane dźwiękowe, następnie fonem /r/, a dalej fonemy dentalizowane zębowe i itowe. Osoby z III grupy najczęściej prezentowały nienormatywną realizację fonemów dentalizowanych zębowych, a następnie dentalizowanych itowych, a dalej zębowych niedentalizowanych oraz fonemu /r/.

U pacjentów występowała zatem największa trudność w tworzeniu głosek (jako realizacji fonemów), których budowa artykulacyjna była związana z przyjęciem wariantu pozycji w-h języka i uformowania odpowiedniego kształtu dla przepływu powietrza. Dotyczyło to głosek dentalizowanych, przy czym spółgłoski dentalizowane dźwiękowe zajmowały pierwsze miejsce w rankingu w I i II grupie, a w III grupie znalazły się na miejscu czwartym. Wysoką pozycję w prezentowanym uporządkowaniu zajmuje także fonem /r/, fonemy zębowe niedentalizowane oraz fonem /l/, co staje się zrozumiałe w obliczu analiz architektury zaburzonego systemu fonetycznego autorstwa Barbary Sambor (zob. p. 4.3.5.2).

U badanych osób – zarówno z grupy I, II, jak i III – wystąpiły pewne odmienności w pozycji i kształcie języka podczas artykulacji samogłosek polegające na przyjęciu zbyt niskiej pozycji języka podczas realizacji fonemów /i, y, e, o, u/. Ze względu na trudność w opisie tego rodzaju nieprawidłowości, co ma związek z istotą budowy artykulacyjnej tych głosek, pomijam w niniejszej publikacji dokładną analizę tego wątku (zob. uwagi na temat sekwencji terapii głosek w p. 4.3.5.2). Ten problem wymaga z pewnością badań i powiązania z wynikami analiz nienormatywnych realizacji fonemów spółgłoskowych. Ponieważ artykulacja zdań, wyrażeń i słów wiąże się z sekwencją szybko po sobie następujących ruchów, nie dziwi, że nienormatywnie realizowane są nie tylko fonemy spółgłoskowe, ale także samogłoskowe. Dzieje się tak, gdyż zarówno samogłoski, jak i spółgłoski, opierają się na tej samej motoryce prymarnej języka związanej z warunkami anatomicznymi i czynnościowymi. Należy także podkreślić, że odbiegające od normy kształt i ustawienie języka podczas realizacji fonemów samogłoskowych nie powoduje tak odmiennego od normy efektu brzmieniowego, jak w przypadku spółgłosek⁹, który zauważa przeciętny odbiorca wypowiedzi. Sami zaś pacjenci byli zdziwieni, gdy im uświadamiałam, że samogłoski są wymawiane – mówiąc w uproszczeniu – ze zbyt niskim ułożeniem języka. Nie oznacza to, że nieprawidłowa budowa artykulacyjna samogłosek – pomimo dość dobrego brzmienia w ocenie potocznej – nie jest obojętna dla diagnozy i terapii logopedycznej, wiąże się bowiem u pacjentów z ogólną wadliwą motoryką narzą-

⁹ Badacze tłumaczą to zjawisko polimorfizmem. Zob. komentarz D. PLUTY-WOJCIECHOWSKIEJ: *Dyslalia. Mity i rzeczywistość*. W: *Nowe podejście w diagnozie i terapii logopedycznej – metoda krakowska*. Red. J. CIESZYŃSKA, Z. ORŁOWSKA-POPEK, M. KORENDO. Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2010, s. 74.

dów mowy nieomalże całego systemu fonetycznego. Na to zjawisko wskazywali Anita Trochymiuk i Radosław Święciński w odniesieniu do artykulacji grzbietowej¹⁰, a także Barbara Sambor¹¹.

4.2.3.3. Nienormatywne cechy fonetyczne przy realizacji fonemów spółgłoskowych

Analizy zawarte w tabelach 13–16 prezentują nienormatywne cechy fonetyczne w zależności od realizowanych fonemów. Zestawy cech nienormatywnych wyodrębnionych klas realizowanych fonemów zmieniają się jednak, co oznacza, że badane osoby w różny sposób radziły sobie z występującymi trudnościami natury anatomicznej i/lub czynnościowej zespołu ustno-twarzowo-gardłowego. Dla przykładu, zębowość zmiękczona jako jedna z wadliwych cech realizacji fonemów dźwiękowych dentalizowanych występuje tylko w grupie I, a nie występuje w II i III. Nienormatywna realizacja fonemów tylnojęzykowych zwarto-wybuchowych występuje u osób z I grupy i przyjmuje formę zębowości lub przyzębowości; z kolei niektórzy pacjenci z II i III grupy te same fonemy realizują z asymetrycznym ułożeniem języka i asymetrycznym przepływem powietrza, a inni z dorsalnym ułożeniem języka.

Tabela 13

Rodzaje nienormatywnych cech fonetycznych w zależności od realizowanej kategorii fonemów spółgłoskowych – grupa I

Grupa I				Razem w odniesieniu do N: 23	
Rodzaje nienormatywnych cech występujących przy realizacji fonemów					
Rodzaj fonemów	Rodzaje nienormatywnych cech	l.	%	l.	%
1	2	3	4	5	6
/f, v/	dorsalność	1	4,3	2	8,7
	tylnojęzykowość	1	4,3		
/n, t, d/	międzyzębowość	8	34,8	15	65,2
	przyzębowość	2	8,7		
	dorsalność	5	21,7		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	0	0,0		

¹⁰ A. TROCHYMIUK, R. ŚWIĘCIŃSKI: *Artykulograficzne badanie mowy grzbietowej. Studium przypadku*. „Logopedia”. T. 38/2009, s. 173–202.

¹¹ B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych u młodych adeptów sztuki teatralnej*. Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. prof. UŚ Danuty Pluty-Wojciechowskiej. Uniwersytet Śląski, Katowice 2017.

cd. tab. 13

1	2	3	4	5	6
/c, ʒ, s, z/	międzyzębowość	8	34,8	19	82,6
	przyzębowość	1	4,3		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	4	17,4		
	zębowość zmiękczone	2	8,7		
	predorsalność	2	8,7		
	zębowość zmiękczone i zwartość	2	8,7		
/l/	międzyzębowość	1	4,3	14	60,9
	zębowość	5	21,7		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	1	4,3		
	dorsalność	6	26,1		
	itowość zaburzona	1	4,3		
/r/	międzyzębowość	0	0,0	18	78,3
	zębowość	2	8,7		
	asymetria ułożenia języka i/lub wibracji	3	13,0		
	zadziąsłowość	1	4,3		
	boczność	3	13,0		
	dorsalność	6	26,1		
	itowość zaburzona	1	4,3		
	tylnojęzykowość	2	8,7		
/č, ʒ, š, ž/	międzyzębowość	4	17,4	23	100,0
	dorsalność	11	47,8		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	4	17,4		
	zadziąsłowość z wygięciem przedniej części języka	0	0,0		
	przyzębowość	0	0,0		
	wargowo-zębowość	1	4,3		
	zaburzenia uformowania szczeliny artykulatoryjnej	1	4,3		
	zębowość zmiękczone	2	8,7		
/j, n/	międzyzębowość	2	8,7	12	52,2
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	1	4,3		
	dorsalność	9	39,1		
	zębowość	0	0,0		

cd. tab. 13

1	2	3	4	5	6
/ć, ź, ś, ż/	międzyzębowość	6	26,1	18	78,3
	zębowość	0	0,0		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	3	13,0		
	dorsalność	7	30,4		
	zębowość zmiękczone	2	8,7		
/k, g/	przyzębowość	1	4,3	3	13,0
	zębowość	2	8,7		
	dorsalność	0	0,0		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	0	0,0		

Tabela 14

**Rodzaje nienormatywnych cech fonetycznych w zależności
od realizowanej kategorii fonemów spółgłoskowych – grupa II**

Grupa II				Razem w odniesieniu do N: 23	
Rodzaje nienormatywnych cech występujących przy realizacji fonemów					
Rodzaj fonemów	Rodzaje nienormatywnych cech	l.	%	l.	%
/f, v/	dorsalność	0	0,0	0	0,0
	tylnojęzykowość	0	0,0		
/n, t, d/	międzyzębowość	6	26,1	16	69,6
	przyzębowość	4	17,4		
	dorsalność	5	21,7		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	1	4,3		
/c, ʒ, s, z/	międzyzębowość	6	26,1	17	73,9
	przyzębowość	3	13,0		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	5	21,7		
	zębowość zmiękczone	0	0,0		
	praedorsalność	3	13,0		
	zębowość zmiękczone i zwartość	0	0,0		
/l/	międzyzębowość	1	4,3	12	52,2
	zębowość	9	39,1		

	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	0	0,0		
	dorsalność	2	8,7		
	itowość zaburzona	0	0,0		
/r/	międzyzębowość	0	0,0	19	82,6
	zębowość	5	21,7		
	asymetria ułożenia języka i/lub wibracji	3	13,0		
	zadziąsłowość	2	8,7		
	boczność	0	0,0		
	dorsalność	3	13,0		
	itowość zaburzona	1	4,3		
	tylnojęzykowość	5	21,7		
/č, ž, š, ž/	międzyzębowość	4	17,4	21	91,3
	dorsalność	11	47,8		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	3	13,0		
	zadziąsłowość z wygięciem przedniej części języka	1	4,3		
	przyzębowość	1	4,3		
	wargowo-zębowość	1	4,3		
	zaburzenia uformowania szczeliny artykulacyjnej	0	0,0		
	zębowość zmiękczona	0	0,0		
/j, ŋ/	międzyzębowość	3	13,0	14	60,9
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	1	4,3		
	dorsalność	10	43,5		
	zębowość	0	0,0		
/č, ž, š, ž/	międzyzębowość	4	17,4	17	73,9
	zębowość	2	8,7		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	2	8,7		
	dorsalność	9	39,1		
	zębowość zmiękczona	0	0,0		
/k, g/	przyzębowość	0	0,0	4	17,4
	zębowość	0	0,0		
	dorsalność	1	4,3		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	3	13,0		

Tabela 15

**Rodzaje nienormatywnych cech fonetycznych w zależności
od realizowanej kategorii fonemów spółgłoskowych – grupa III**

Grupa III				Razem w odniesieniu do N: 23	
Rodzaje nienormatywnych cech występujących przy realizacji fonemów					
Rodzaj fonemów	Rodzaje nienormatywnych cech	l.	%	l.	%
1	2	3	4	5	6
/f, v/	dorsalność	0	0,0	0	0,0
	tylnojęzykowość	0	0,0		
/n, t, d/	międzyzębowość	5	21,7	19	82,6
	przyzębowość	5	21,7		
	dorsalność	9	39,1		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	0	0,0		
/c, ʒ, s, z/	międzyzębowość	5	21,7	21	91,3
	przyzębowość	4	17,4		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	5	21,7		
	zębowość zmiękczona	0	0,0		
	predorsalność	7	30,4		
	zębowość zmiękczona i zwartość	0	0,0		
/l/	międzyzębowość	1	4,3	11	47,8
	zębowość	7	30,4		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	1	4,3		
	dorsalność	2	8,7		
	itowość zaburzona	0	0,0		
/r/	międzyzębowość	4	17,4	19	82,6
	zębowość	4	17,4		
	asymetria ułożenia języka i/lub vibracji	7	30,4		
	zadziąsłowość	0	0,0		
	boczność	0	0,0		
	dorsalność	2	8,7		
	itowość zaburzona	0	0,0		
	tylnojęzykowość	2	8,7		

cd. tab. 15

1	2	3	4	5	6
/č, ž, š, ž/	międzyzębowość	7	30,4	17	73,9
	dorsalność	5	21,7		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	3	13,0		
	zadziąsłowość z wygięciem przedniej części języka	0	0,0		
	przyzębowość	0	0,0		
	wargowo-zębowość	0	0,0		
	zaburzenia uformowania szczeliny artykulacyjnej	2	8,7		
	zębowość zmiękczone	0	0,0		
/ĭ, ě/	międzyzębowość	4	17,4	17	73,9
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	1	4,3		
	dorsalność	11	47,8		
	zębowość	1	4,3		
/č, ž, š, ž/	międzyzębowość	6	26,1	20	87,0
	zębowość	3	13,0		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	3	13,0		
	dorsalność	8	34,8		
	zębowość zmiękczone	0	0,0		
/k, g/	przyzębowość	0	0,0	3	13,0
	zębowość	0	0,0		
	dorsalność	1	4,3		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	2	8,7		

Tabela 16

**Rodzaje nienormalnych cech fonetycznych w zależności
od realizowanej kategorii spółgłoskowych – I, II, III grupa razem**

Razem grupa I, II, III Rodzaje nienormalnych cech występujących przy realizacji fonemów				Razem w odniesieniu do N: 69	
Rodzaj fonemów	Rodzaje nienormalnych cech	l.	%	l.	%
1	2	3	4	5	6
/f, v/	dorsalność	1	1,4	2	2,9
	tylnojęzykowość	1	1,4		

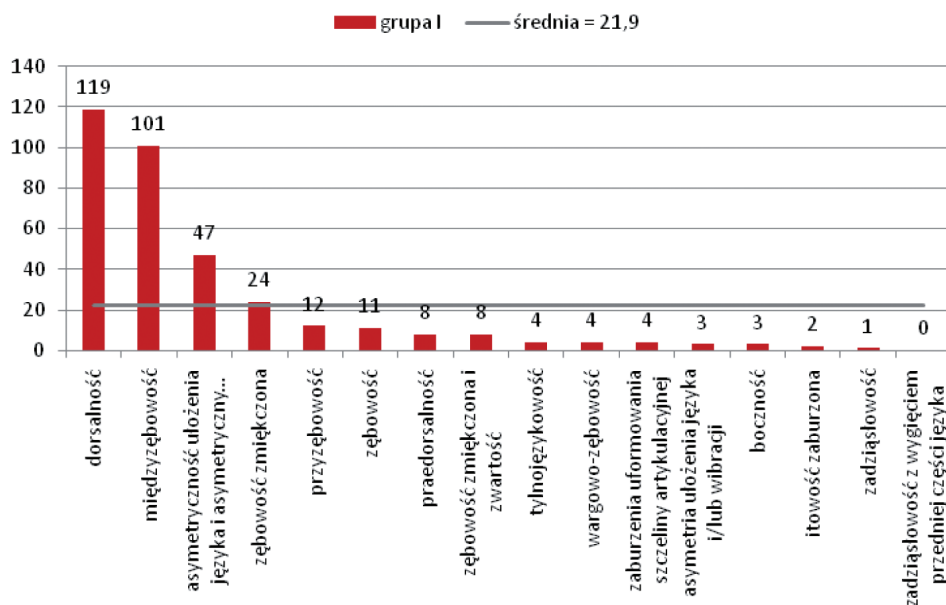
cd. tab. 15

1	2	3	4	5	6
/n, t, d/	międzyzębowość	19	27,5	50	72,5
	przyzębowość	11	15,9		
	dorsalność	19	27,5		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	1	1,4		
/c, ʒ, s, z/	międzyzębowość	19	27,5	57	82,6
	przyzębowość	8	11,6		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	14	20,3		
	zębowość zmiękczone	2	2,9		
	predorsalność	12	17,4		
	zębowość zmiękczone i zwartość	2	2,9		
/l/	międzyzębowość	3	4,3	37	53,6
	zębowość	21	30,4		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	2	2,9		
	dorsalność	10	14,5		
	itowość	1	1,4		
/r/	międzyzębowość	4	5,8	56	81,2
	zębowość	11	15,9		
	asymetria ułożenia języka i/lub wibracji	13	18,8		
	zadziąsłowość	3	4,3		
	boczność	3	4,3		
	dorsalność	11	15,9		
	itowość	2	2,9		
	tylnojęzykowość	9	13,0		
/č, ʒ, š, ž/	międzyzębowość	15	21,7	61	88,4
	dorsalność	27	39,1		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	10	14,5		
	zadziąsłowość z wygięciem przedniej części języka	1	1,4		
	przyzębowość	1	1,4		
	wargowo-zębowość	2	2,9		
	zaburzenia uformowania szczeliny artykulacyjnej	3	4,3		
	zębowość zmiękczone	2	2,9		

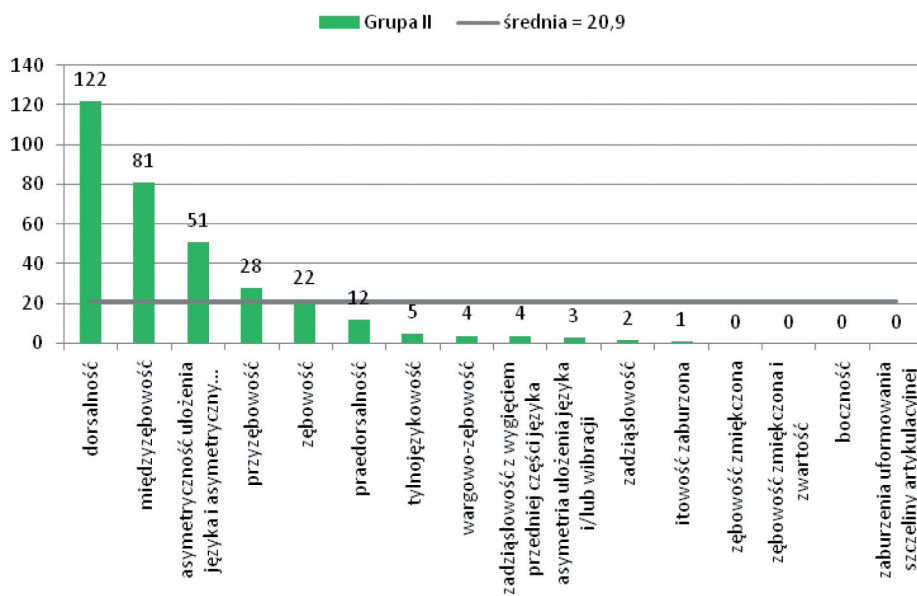
/i, ń/	międzyzębowość	9	13,0	43	62,3
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	3	4,3		
	dorsalność	30	43,5		
	zębowość	1	1,4		
/ć, ź, ś, ż/	międzyzębowość	16	23,2	55	79,7
	zębowość	5	7,2		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	8	11,6		
	dorsalność	24	34,8		
	zębowość zmiękczona	2	2,9		
/k, g/	przyzębowość	1	1,4	10	14,5
	zębowość	2	2,9		
	dorsalność	2	2,9		
	asymetryczność ułożenia języka i asymetryczny przepływ powietrza	5	7,2		

Analiza danych zaprezentowanych w tabelach 13–16 pozwala na stwierdzenie, że w nienormatywnych realizacjach fonemów spółgłoskowych na ogół występowały dyslokacje, czyli zmiany miejsca artykulacji. Polegały one w większości na uprzednieniu artykulacji (przesunięcie miejsca artykulacji w przód jamy ustnej od miejsca normatywnego), niewzniesieniu przedniej części języka wraz z apeksem, asymetrycznym ułożeniu języka, a także na różnych typach dysmodalności (czyli zmianie sposobu artykulacji), np. asymetryczny przepływ powietrza.

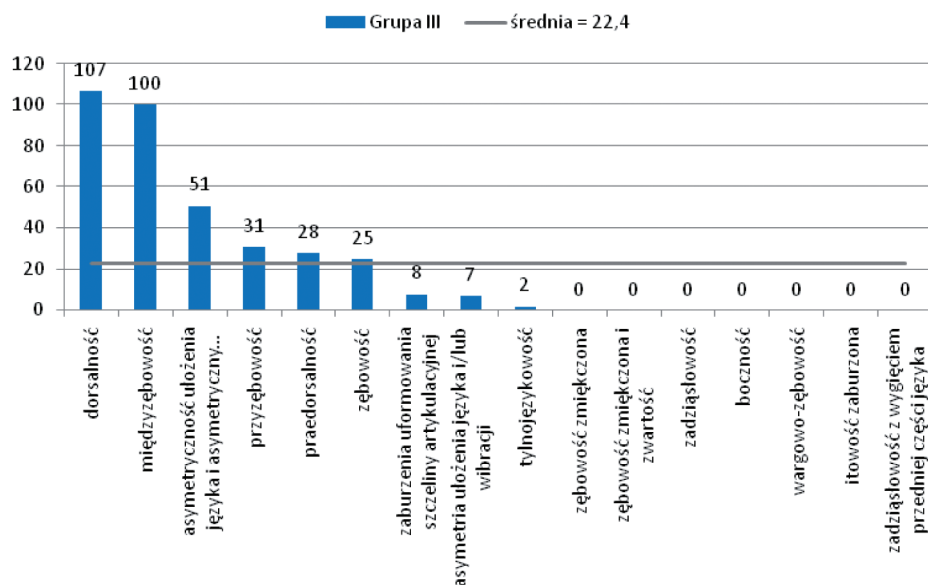
Dane w tabelach pozwalają także na sporządzenie kolejnego rankingu. Ukazuje on, która nienormatywna cecha fonetyczna występowała najczęściej w każdej grupie, a także w całej populacji. Zgodnie z danymi umieszczonymi na wykresach 5–8 w całej populacji, ale także w odniesieniu do poszczególnych grup, trzema najczęstszymi nienormatywnymi cechami fonetycznymi występującymi podczas realizacji fonemów spółgłoskowych była dorsalność, międzyzębowość i asymetryczne ułożenie języka wraz z asymetrycznym przepływem powietrza. Analiza dystrybucji tych cech w realizowanych fonemach (pomijając częstość występowania wskazanego zjawiska) pokazuje, że były one wykorzystywane do realizacji różnych fonemów, np. dorsalność jako cecha nienormatywna była wykorzystywana – w zależności od grupy – przy realizacji nieomalże wszystkich fonemów, stając się obok międzyzębowości najczęściej stosowaną strategią kompensacyjną w badanej populacji.



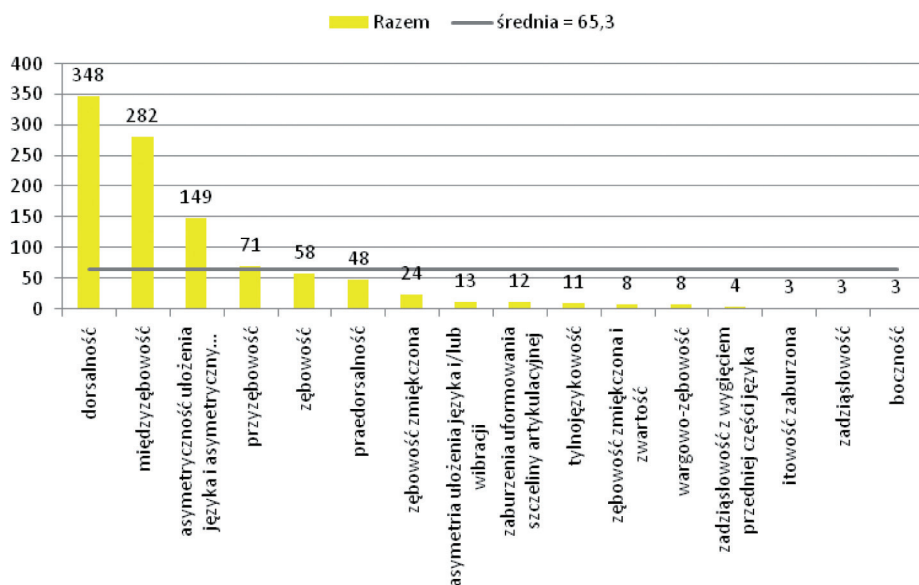
Wykres 5. Rodzaje najczęściej występujących nienormalnych cech fonetycznych – I grupa
Uwaga! Liczby umieszczone nad kolumną wskazują, ile razy wystąpiła dana cecha podczas badania realizacji fonemów spółgłoskowych w grupie.



Wykres 6. Rodzaje najczęściej występujących nienormalnych cech fonetycznych – II grupa
Uwaga! Liczby umieszczone nad kolumną wskazują, ile razy wystąpiła dana cecha podczas badania realizacji fonemów spółgłoskowych w grupie.



Wykres 7. Rodzaje najczęściej występujących nienormalnych cech fonetycznych – III grupa
 Uwaga! Liczby umieszczone nad kolumną wskazują, ile razy wystąpiła dana cecha podczas badania realizacji fonemów spółgłoskowych w grupie.



Wykres 8. Rodzaje najczęściej występujących nienormalnych cech fonetycznych – I, II, III grupa razem

Uwaga! Liczby umieszczone nad kolumną wskazują, ile razy wystąpiła dana cecha podczas badania realizacji fonemów spółgłoskowych w grupie.

Porównanie wyników badań z innymi jest trudne, gdyż np. niektórzy badacze nie zamieszczają informacji, jaką metodą badano wymowę. Zdarza się, że autorzy piszą o ocenie wymowy np. za pomocą nazywania obrazków, a nie wskazują, czy była to metoda słuchowa czy słuchowo-wzrokowa; stąd pojawia się niedosyt, w jaki sposób badana była artykulacja¹². W świetle uwag zawartych w p. 2.2.2.2 informacja na temat sposobu badania wymowy jest kluczowa dla diagnozy i terapii. Justyna Grudziąż-Sękowska, Dorota Olczak-Kowalczyk i Małgorzata Zadurska badały wymowę oraz warunki anatomiczne i czynnościowe u 300 dzieci w wieku 7–10 lat, nie zamieszczają jednak w opracowaniu uwagi, w jaki sposób była oceniana artykulacja¹³. Taka postawa budzi refleksję, gdyż autorki – zgodnie z tytułem artykułu – przedstawiają „algorytm wczesnej diagnostyki wysokiego ryzyka wystąpienia wad wymowy u dzieci”. Jeśli tak, to potencjalny czytelnik nie ma pewności, jak badać jeden z najważniejszych parametrów wskazanych w algorytmie.

Poniżej przedstawiam wybrane studia porównawcze wyników badania wymowy. Wykorzystuję analizy badaczy, którzy prowadzili ocenę wymowy za pomocą metody słuchowo-wzrokowej. W badaniach na temat wad zgryzu (wady doprzedniej, wady dotylnej i zgryzu otwartego) prowadzonych przez Liliannę Konopską najczęściej nienormatywnie były realizowane fonemy dentalizowane zębowe (77%), fonemy dentalizowane itowe (72%), fonemy dźwiękowe (65%), a następnie fonemy /t, d, n/, /r/, a także /ń/, /i/, /l/, /p, b, m/, /f, v/¹⁴. Z kolei najczęstsze nienormatywne cechy fonetyczne to: dorsalność – 44%, lateralność¹⁵ – 40%, dysdentalizacja¹⁶ – 39%, międzyzębowość – 30%¹⁷. Wyniki moich badań korespondują zatem z badaniami L. Konopskiej.

Chociaż mechanizm zaburzeń realizacji fonemów w przypadku wady rozszczepowej jest bardziej złożony niż w przypadku dyslalii obwodowej, o jakiej mowa w niniejszej monografii, to również w tej dysfunkcji mowy¹⁸ fonemy den-

¹² Np. E. BINKUŃSKA: *Sygmatyzm właściwy i parasygmatyzm a budowa oraz funkcjonowanie narządów mowy u dzieci*. „Forum Logopedyczne”, nr 24/2016, s. 87–100; E. JEŻEWSKA-KRASNOŁĘBSKA: *Przyczyny zaburzeń artykulacji zlokalizowane w układzie obwodowym*. Impuls, Kraków 2015.

¹³ J. GRUDZIĄŻ-SĘKOWSKA, D. OLCZAK-KOWALCZYK, M. ZADURSKA: *Algorytm wczesnej diagnostyki wysokiego ryzyka wystąpienia wad wymowy u dzieci*. „Forum Ortodontyczne”. Vol. 14/2018, s. 119–129.

¹⁴ L. KONOPSKA: *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2006, s. 59.

¹⁵ Lateralność w ujęciu L. Konopskiej to: „niemedialne tworzenie szczelin artykulacyjnych przy pośrodkowym położeniu języka w jamie ustnej lub odchylenie języka od linii pośrodkowej”. Zob. L. KONOPSKA: *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu...*, s. 48.

¹⁶ Dysdentalizacja w ujęciu L. Konopskiej to: „niepożądane brzmienie dźwiękowych realizacji fonemów dentalizowanych ze względu na wadliwie utworzoną dodatkową szczelinę artykulacyjną lub przesunięcie głównej szczeliny artykulacyjnej” (ibidem, s. 48).

¹⁷ Ibidem, s. 90.

¹⁸ Badania D. Pluty-Wojciechowskiej dotyczyły dyslokacji, czyli zmiany miejsca artykulacji przy realizacji fonemów spółgłoskowych. Zob. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy*

talizowane, niedentalizowane zębowe i dziąsłowe należały do najczęściej realizowanych nienormatywnie w każdej wyróżnionej grupie ze względu na typ rozszczepu, przy czym w grupie osób z całkowitym obustronnym rozszczepem wargi i podniebienia wysoką częstość nienormatywnych realizacji obserwowano także w odniesieniu do fonemów /p, b, m, f, v, j, u/¹⁹. Najczęściej występujące nienormatywne cechy fonetyczne wykryte w badaniach osób z rozszczepem to: dorsalność, itowość zaburzona, międzyzębowość, realizacje poza jamą ustną, dwuwarowość z biernością wargi górnej lub z zaburzeniami jej ruchomości (częstość występowania poszczególnych cech nienormatywnych była różna w zależności od typu rozszczepu²⁰).

Badania Barbary Sambor, która oceniała wymowę studentów szkół teatralnych, wykazały, że najczęściej nienormatywnie realizowane fonemy to: dentalizowane zębowe, dentalizowane dziąsłowe, następnie fonem /r/ oraz fonemy dentalizowane itowe²¹. Można zatem skonkludować, że potwierdziła się tendencja co do największej częstości występowania zaburzeń realizacji fonemów dentalizowanych, fonemu /r/ oraz fonemów niedentalizowanych zębowych.

4.2.3.4. Substytucje rozwojowe czy deformacje lub ryzyko deformacji?

Należy podkreślić, że u kilku badanych osób z I grupy występowały takie realizacje fonemów, które – z uwagi na charakter objawów i warunki anatomiczno-czynnościowe pozwalające budować prognozę dla dalszego rozwoju systemu fonetycznego – nie można było jednoznacznie zakwalifikować do rozwojowych, czyli przemijających z wiekiem. Co więcej, w obliczu ustalenia związków pomiędzy głoskami, jakie odkryła w badaniach B. Sambor (zob. rozważania na ten temat p. 4.3.5.2), można antycypować ryzyko wystąpienia głosek wadliwych w przypadku niektórych tzw. substytucji. Uzasadnienie takiego stanowiska przedstawiam poniżej. Problem ten z pewnością wymaga badań.

Zwróćmy uwagę, że realizacja fonemu /r/ w postaci głoski /l/ wystąpiła w badanej grupie tylko w odniesieniu do 3 przypadków. W pierwszym – u 5-letniego dziecka z prawidłowym wędzidełkiem języka i bez wady zgryzu, ale z jednostronnym żuciem, co spowodowało – jak przypuszczam (nie znalazłam innych czynników) – wadliwą realizację fonemów dentalizowanych w postaci asymetrycznego ułożenia języka i asymetrycznego przepływu powietrza (tzw. seple-

u dzieci z rozszczepem podniebienia. *Badania – Teoria – Praktyka*. Wyd. 2 popr. i poszerz. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2008; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2010.

¹⁹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej...*, s. 127–128.

²⁰ Ibidem, s. 145–149.

²¹ B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*, s. 90.

nienie boczne). Można było zatem postawić tezę, że istnieje ryzyko, że dziecko to – bez ukierunkowania jego aktywności artykulacyjnej – może sobie nie poradzić w „przejściu od [l] do [r]” i wykorzysta taką samą strategię kompensacyjną w obliczu doświadczeń płynących z jednostronnego żucia, co w przypadku realizacji fonemów dentalizowanych. Należy podkreślić, że po ćwiczeniach głoski [c] prawidłowa głoska [r] pojawiła się spontanicznie. Można to interpretować w sposób następujący: wywołanie głoski [c] ukazało dziecku pośrodkowy przepływ powietrza, co doprowadziło do prawidłowej realizacji fonemu /r/ (zob. p. 4.3.5.2 nt. architektury zaburzonego systemu fonetycznego).

Dwa kolejne przypadki to dzieci z wadami zgryzu w wieku 5 lat i 2 miesięcy życia oraz 6 lat. W pierwszym był to zgryz otwarty, a w drugim wada dotylna. U pacjentów występowała też nieznaczna ankyloglosja (chirurg przeciął wędzidełko języka), a także nieprawidłowy model oddychania i połykania. U badanych dzieci występowały również inne nienormatywne cechy fonetyczne w głoskowych realizacjach fonemów: w pierwszym przypadku dorsalna (wraz z podstawianiem wargi dolnej pod górne siekacze) realizacja fonemów dentalizowanych dźwiękowych oraz zębowa realizacja fonemów tylnojęzykowych. Taka analiza pozwala na przypuszczenie, że pacjent w obliczu trudności ruchowych związanych z przyczynami anatomicznymi i czynnościowymi może nie osiągnąć prawidłowej realizacji fonemu /r/, gdyż – jak pokazała diagnoza – wystąpiła wadliwa wymowa głosek dentalizowanych dźwiękowych i tylnojęzykowych zwartych. Oznacza to, że występujące warunki realizacyjne prowokują dziecko do zastosowania zastępczych ruchów artykulacyjnych, czyli strategii kompensacyjnych sekundarnych. Nie wiemy, jak potoczyłby się dalszy rozwój fonetyczny tego dziecka – mogłoby ono np. uzyskać realizację fonemu /r/ w różnym zakresie zbliżoną do normatywnej lub całkowicie odmienną. Stało się inaczej. Po przecięciu wędzidełka języka i ćwiczeniach głosek dentalizowanych dźwiękowych pojawiła się spontanicznie realizacja fonemu /r/ w postaci dźwiękowej, jednowibracyjnej. Stąd już niedaleka droga do uzyskania pełnej wibracji, nadal jednak należy obserwować, co z uzyskaną przez dziecko głoską będzie się działo dalej, i wprowadzić działania wspomagające uzyskanie pełnej wibracji.

W kolejnym przypadku u dziecka 6-letniego występowała nie tylko boczna realizacja fonemu /r/, ale także wargowo-zębowa realizacja fonemów dentalizowanych dźwiękowych. Po przecięciu wędzidełka języka i ćwiczeniach pozycji wertykalno-horyzontalnej prawidłowa głoska [r] pojawiła się spontanicznie i to od razu we wszystkich pozycjach. Głoski dentalizowane dźwiękowe zostały wywołane.

Z kolei w przypadku dziecka w wieku 3 l. i 3 m.ż. wystąpiły takie realizacje fonemów dentalizowanych, które mogły być w powierzchownej ocenie utożsamiane z tzw. substytucjami rozwojowymi. Dziecko to realizowało wskazane fonemy w formie zębowej zmiękczonej, co w efekcie powodowało „miękkie, dziecięce brzmienie” (*siano* = [s'jano], *sowa* = [s'jova], *szafa* = [s'jafa]). Oprócz wyżej

wymienionych zaburzeń u dziecka występowała także dorsalna realizacja fonemów /l, r, ɪ, ń/, a także niskie ułożenie języka przy realizacji samogłosek. Z takich realizacji fonemów dentalizowanych trudno oczekiwać prawidłowych głosek w przyszłości. Nie były to zatem rozwojowe substytucje, ale deformacje. Powodem trudności artykulacyjnych tego dziecka była ankyloglosja znacznego stopnia (choć wędzidełko języka było przecinane w 6. miesiącu życia, nie uzyskano jednak zadowalających efektów i należało jeszcze raz przecinać wędzidełko, co zostało przeprowadzone), dotylna wada zgryzu, a także nieprawidłowe oddychanie i połykanie.

Podobna sytuacja wystąpiła w przypadku kolejnego dziecka w wieku 5 lat i 1 m.ż. realizującego fonemy dentalizowane w formie zębowej zmięczonej, przy czym u tego pacjenta zaobserwowałam także realizację fonemów /l, r/ w formie itowości zaburzonej (czyli słyszalna była głoska przypominająca realizację fonemu /ɪ/ w miejscu realizacji fonemu /l/ oraz /r/). Przyczyną nienormatywnych realizacji fonemów były zaburzenia funkcjonalne; dziecko nie miało bowiem anomalii anatomicznych, takich jak ankyloglosja, wada zgryzu, odmienności w budowie podniebienia, zaburzenia układu adenoidalnego. Dziecko w przeszłości oddychało drogą ustną z powodu alergii, co doprowadziło do utrwalenia niskiej pozycji języka podczas oddychania i połykania. Ze względu na rodzaj objawu nie można takich artykulacji zaliczyć do rozwojowych. Pomimo usunięcia czynnika szkodliwego (alergia i związana z nią niedrożność nosa oraz oddychanie drogą ustną) nie pojawiły się u chłopca odpowiednie do wieku głoski; dlatego rodzice zgłosili się do logopedy.

W grupie dzieci z II grupy znalazło się jedno w wieku 7 lat i 2 miesięcy, u którego występowała realizacja fonemu /r/ w formie itowości zaburzonej, a także nienormatywna realizacja fonemów dentalizowanych itowych i dźwiękowych wraz z ankyloglosją, zaburzeniami oddychania i połykania. Choć efekt dźwiękowy przy realizacji fonemu /r/ przypominał tzw. substytucję, to jeśli dołączyć do oceny słuchowej wzrok, odnajdziemy tu deformację (wedle terminologii J.T. Kani). Z uwagi na wiek dziecka i przede wszystkim jakość tworzonego dźwięku w relacji do realizowanego fonemu nie można tu mówić o substytucji rozwojowej. Zwróćmy jednak uwagę, że dziecko to przez wiele lat funkcjonowało właśnie jako „dziecko z dziecięcą wymową”. Co więcej, gdy podczas badania oceniałam realizację fonemu /r/ w trakcie powtarzanych zdań, wyrazów i sylab, dziecko usilnie chciało wymówić [r], podejmowane próby prowadziły jednak do realizacji wadliwych.

W związku z podjętymi rozważaniami rodzi się refleksja, że analizy i prognozy na temat tzw. substytucji powinny być prowadzone na tle i w kontekście całego systemu fonetycznego badanej osoby, w szczególności zaś innych nienormatywnych realizacji fonemów (co łączy się ze związkami pomiędzy głoskami; zob. p. 4.3.5.2) oraz w kontekście warunków anatomiczno-czynnościowych i percepcyjnych dziecka (a nie tylko brania pod uwagę rodzaju słyszanego dźwięku

i wieku dziecka). Istotna jest przede wszystkim metoda oceny wymowy. Jeśli będzie to tylko ocena słuchowa, oznacza to pominięcie badania budowy artykulacyjnej głoski i skupienie się na efekcie brzmieniowym (zob. rozdział 1, p. 2.2.2.2).

W logopedii należy podjąć badania²² ukazujące – mówiąc metaforycznie i w uproszczeniu – z którego [l] i w jakich warunkach dziecko „dojdzie” do [r], z jakiego [s] i w jakich okolicznościach – „pojawi się” [š]. Na podstawie wiedzy, a także innych studiów²³ oraz obserwacji poczynionych w toku badań uważam, że ustalenie prognozy rozwoju fonetycznego dla dziecka z tzw. substytucjami (pod warunkiem, że są to substytucje) powinno być prowadzone z uwzględnieniem nie tylko badania wymowy za pomocą metody analityczno-fonetycznej angażującej oprócz słuchu także wzrok, ale z uwzględnieniem analizy realizacji pozostałych fonemów, jak również warunków biologicznych – procesów percepcyjnych i realizacyjnych.

Badanie wymowy za pomocą wzroku i obok słuchu pozwala na zmniejszenie ryzyka pomyłki. Głoska słyszalna jako [s] w wyrazie [safa] wcale nie musi wiązać się z takimi samymi pozycjami i ruchami narządów mowy, jak słyszana głoska [s] w wyrazie [sanki]. Deficyty umiejętności audytywnego rozróżniania tych dwóch głosek wiążą się z niedoskonałością naszego słuchu, który nie dostrzega drobnych odmienności tworzonych dźwięków mowy. Jeśli logopeda nie posłuży się diagnozą biolingwistyczną wraz z prognozą dalszego rozwoju fonetycznego opartą właśnie na wykładnikach lingwistyczno-logopedyczno-biologicznych, to może zdarzyć się, że dziecko potrzebujące pomocy nie zostanie nią objęte. Możemy też powiedzieć inaczej: tzw. substytucje rozwojowe mogą być prawdziwe i fałszywe. Pierwsze „doprowadzą” dziecko do prawidłowych realizacji danych fonemów, a drugie nie. Aby rozpoznać, z jakim rodzajem substytucji ma do czynienia logopeda, należy nie tylko słuchać wymowy dziecka i odnosić wyniki badania do jego wieku, ale także sprawdzać za pomocą wzroku budowę artykulacyjną głoski, jak również jego warunki anatomiczno-czynnościowe, i analizować cały system fonetyczny pacjenta.

4.2.3.5. Śródwymawianiowa pozycja języka

Na temat istoty śródwymawianiowej pozycji języka była mowa w p. 2.2.2.1. Danuta Pluta-Wojciechowska i Barbara Sambor na podstawie badań prowadzonych w warunkach poradnianych wskazują, że u osób z normatywną artykulacją i normatywnymi warunkami anatomiczno-czynnościowymi śródwymawiano-

²² Badania takie są już prowadzone przez Annę Płonkę.

²³ Zob. analizy B. OSTAPIUK: *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*. „Logopedia”. T. 31/2002, s. 95–156.

wą pozycję języka można opisać w następujący sposób: „wzniesienie boków języka do wysokości pomiędzy dolnym a górnym łukiem, przy czym apeks znajduje się na wysokości (powyżej) brzegów siecznych dolnych siekaczy” lub „wzniesienie boków języka do wysokości koron górnego łuku, przy czym apeks pomiędzy dolnymi a górnymi siekaczami”²⁴.

Tabela 17

Śródwymawianiowa pozycja języka

Śródwymawianiowa pozycja języka	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Prawidłowa	5	21,7	4	17,4	5	21,7	13	18,8
Nieprawidłowa	18	78,3	19	82,6	18	78,3	56	81,2
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0

Śródwymawianiową pozycję języka badałam podczas rozmowy z pacjentem, a w przypadku małej intensywności ekspresji werbalnej wykorzystywałam historyjkę obrazkową lub – w przypadku osób dorosłych – prosiłam o powtórzenie w specjalny sposób zdań (zob. p. 3.5). Tabela 17 przedstawia wyniki badania tej pozycji w grupach I, II i III.

Porównując własne analizy z ustaleniami wskazanymi powyżej autorek²⁵, można powiedzieć, że wyniki badań częstości występowania nienormatywnej śródwymawianiowej pozycji języka w przypadku zaburzeń obwodowych są podobne, lecz samo badanie tej pozycji nie jest łatwe (zob. p. 2.2.2.1). Nie ma jednak obecnie w warunkach poradnianych innych możliwości badania tej cechy wymowy.

4.2.3.6. Warunki anatomiczne i czynnościowe narządów mowy

Tabela 18 przedstawia wyniki badania warunków anatomicznych oraz głównych czynności prymarnych, czyli oddychania oraz przyjmowania pokarmów, a także występowania w przeszłości lub obecnie szkodliwych nawyków, jak ssanie palca, obgryzanie paznokci czy podkładanie wargi dolnej pod górne siekacze lub wysuwanie żuchwy w przód w sytuacjach niezwiązanych z artykulacją. Informacje na temat struktury karmienia, w szczególności w przypadku osób

²⁴ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *Pomiędzy słowem, frazą i zdaniem, czyli o śródwymawianiowej pozycji artykulacyjnej zwanej Inter-Speech u osób z i bez dyslalii obwodowej*. Harmonia Universalis, Gdańsk 2017, s. 186.

²⁵ W badaniach D. Pluty-Wojciechowskiej i B. Sambor w grupie osób z dyslalią obwodową nieprawidłowa pozycja Inter-Speech wystąpiła u około 70% badanych osób. Zob. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *Pomiędzy słowem, frazą i zdaniem...*

starszych i młodzieży, z pewnością są niepełne, gdyż pacjenci takich danych nie pamiętają, podobnie jak ich rodzice²⁶.

Tabela 18

Warunki anatomiczne i czynnościowe – grupa A

Warunki anatomiczne i czynnościowe		Wynik badania l.	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
			%	l.	%	l.	%	l.	%	l.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Ankyloglosja	Tak	18	78,3	14	60,9	16	69,6	48	69,6
		Nie	5	21,7	9	39,1	7	30,4	21	30,4
	Nieprawidłowe warunki zgryzowe	Tak	15	65,2	15	65,2	15	65,2	45	65,2
		Nie	8	34,8	8	34,8	8	34,8	24	34,8
2	Nieprawidłowe oddychanie	Tak	19	82,6	22	95,7	19	82,6	60	87,0
		Nie	4	17,4	1	4,3	4	17,4	9	13,0
3	Nieprawidłowe połykanie	Tak	19	82,6	22	95,7	20	87,0	61	88,4
		Nie	4	17,4	1	4,3	3	13,0	8	11,6
4	Zaburzenia odgryzania i/lub żucia	Tak	13	56,5	9	39,1	11	47,8	33	47,8
		Nie	10	43,5	14	60,9	12	52,2	36	52,2
5	Przedłużone i częste picie z butelki ze smoczkiem i/lub kubeczka niekapka	Tak	5	21,7	6	26,1	3	13,0	14	20,3
		Nie	18	78,3	17	73,9	20	87,0	55	79,7
6	Przedłużone i częste używanie smoczka uspokajacza	Tak	2	8,7	4	17,4	3	13,0	9	13,0
		Nie	21	91,3	19	82,6	20	87,0	60	87,0
7	Ssanie palca	Tak	2	8,7	2	8,7	2	8,7	6	8,7
		Nie	21	91,3	21	91,3	21	91,3	63	91,3
8	Nawykowe podkładanie wargi dolnej pod górne zęby w sytuacjach niezwiązanych z artykulacją	Tak	4	17,4	0	0,0	0	0,0	4	5,8
		Nie	19	82,6	23	100,0	23	100,0	65	94,2

²⁶ Uznawałam za nieprawidłową sytuację, gdy picie z butelki i/lub kubeczka niekapka występowało po 2. roku życia i było głównym sposobem przyjmowania płynów, a zatem odbywało się kilkanaście razy na dobę. Podobnie było w przypadku korzystania ze smoczka uspokajacza: jeśli ten nawyk występował po 2. roku życia i dziecko korzystało ze smoczka wielokrotnie w ciągu dnia i nocy. Rola takich czynników, jak przedłużone i częste picie z butelki i/lub kubeczka niekapka czy przedłużone i częste używanie smoczka uspokajacza, w etiologii wad wymowy nie jest jednoznacznie ustalona w badaniach naukowych, dlatego uznaję za wskazane uwzględnić w diagnozie analizę przywołanych nawyków odbywających się w przestrzeni orofacialnej, gdzie także rozwija się artykulacja. Nie bez znaczenia są również – jak przypuszczam – wielorakie sprzężenia rozmaitych czynników anatomicznych i/lub czynnościowych oraz indywidualna reakcja organizmu na ich wystąpienie.

cd. tab. 18

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
9	Nawykowe doprzednie ruchy żuchwy w sytuacjach nie-związanych z artykulacją	Tak	1	4,3	1	4,3	0	0,0	2	2,9
		Nie	22	95,7	22	95,7	23	100,0	67	97,1
10	Obgryzanie paznokci	Tak	0	0,0	2	8,7	0	0,0	2	2,9
		Nie	23	100	21	91,3	23	100,0	67	97,1

Głównym modulatorem fali dźwiękowej w jamie ustnej jest język, dlatego badacze dyslalii zwracają uwagę na ruchomość języka, która wiąże się ze stanem wędzidełka. Istotny jest także stan zgryzu, który określa warunki pracy języka i determinuje możliwość uzyskania dentalizacji istotnej dla realizacji fonemów /č, ž, š, ž/, /c, ʒ, s, z/, /ć, ź, ś, ź/. W badanej grupie z uwagi na warunki anatomiczne najczęściej występowała ankyloglosja, a z uwagi na warunki czynnościowe – nieprawidłowy model połykania i oddychania. Szczegółowe dane na temat typu ankyloglosji ze względu na długość wędzidełka, a także rodzaj warunków zgryzowych znajdują się w tabelach 19–20. Z kolei szczegóły dotyczące nieprawidłowości czynnościowych oddychania, połykania oraz gryzienia i żucia prezentują tabele 21–23.

Justyna Grudziąż-Sękowska, Dorota Olczak-Kowalczyk i Małgorzata Zadurska oceniały wymowę i warunki anatomiczne i czynnościowe u 300 dzieci w wieku 7–10 lat, o czym już wspominałam w p. 4.2.3.3²⁷. Chociaż zgodnie z tytułem opracowania autorek przedstawiony algorytm dotyczy diagnozy czynników ryzyka wad wymowy, autorki nie informują, jak oceniały i jak proponują oceniać takie czynniki, jak np. długość wędzidełka języka, połykanie (a także wymowę), trudno zatem porównywać wyniki badań autorek z własnymi. O przyjęciu przez autorki odmiennej (jakiej?) metody oceny długości wędzidełka języka świadczą wyniki badań tej cechy w badanej grupie²⁸ pozostające w sprzeczności z doniesieniami B. Ostapiuk, D. Pluty-Wojciechowskiej i B. Sambor, których badania wykazały znacznie większy współczynnik występowania ankyloglosji²⁹ (zob. dalsze rozważania). Autorki algorytmu z typów wadliwego połykania odkryły jedynie „przetrwały niemowlęcy typ połykania”, co jest odmienne w porów-

²⁷ J. GRUDZIAŻ-SĘKOWSKA, D. OLCZAK-KOWALCZYK, M. ZADURSKA: *Algorytm wczesnej diagnostyki wysokiego ryzyka wystąpienia wad wymowy u dzieci...*, s. 119–129.

²⁸ J. Grudziąż-Sękowska, D. Olczak-Kowalczyk i M. Zadurska wskazują, że w badanej grupie osób z zaburzeniami artykulacji ankyloglosja występowała u 14% osób, a w grupie bez zaburzeń artykulacji u 4% badanej populacji (ibidem, s. 123).

²⁹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*; B. SAMBOR: *Warunki anatomiczno-czynnościowe narządów mowy studentów wyższych szkół teatralnych. „Logopedia Silesiana”*. T. 3/2014, s. 250–258; B. OSTAPIUK: *Postępowanie logopedyczne u osób z dyslalią i ankyloglosją...*, s. 659. Zob. dalsze rozważania w tym punkcie.

naniu z moimi badaniami, a także ze studiami innych badaczy³⁰. Być może ma to związek z różnymi metodami oceny połykania.

W analizach porównawczych nie można także wykorzystać wyników badań Ewy Binkuńskiej, które odnoszą się do znacznej populacji – co budzi podziw – bo aż 748 osób, ponieważ autorka przyjęła odmienne od wykorzystanych w moich badaniach kryteria oceny długości wędzidełka:

Wśród zmiennych dotyczących budowy aparatu artykulacyjnego wyróżniono stan wędzidełka podjęzykowego, sposób wysklepienia podniebienia oraz nieprawidłowości zgryzowe. Biorąc pod uwagę pierwszą ze zmiennych odnoszących się do anatomii narządów mowy, a zatem wspomniane wędzidełko podjęzykowe – wyróżniono jego normę, czyli stan, jaki pozwalał na swobodne ruchy języka wraz z jego przednią częścią oraz apeksem zarówno we wnętrzu, jak i na zewnątrz jamy ustnej oraz skrócenie, które uniemożliwiałoby pełne ruchy języka³¹.

Badanie mowy 1009 dzieci siedmioletnich prowadziła Ewa Jeżewska-Krasnodębska, trudno jednak porównywać wyniki badań autorki z własnymi, ponieważ badaczka przyjęła odmienne kryteria oceny długości wędzidełka języka, a także inny od przyjętego przeze mnie sposób ustalania sposobu połykania u badanych dzieci³².

Analizy porównawcze stanu wędzidełka języka dotyczyć będą zatem tych opracowań, w których badacze przyjęli tożsamą do wykorzystanych w moich badaniach metodę oceny ruchomości języka w kontekście ankyloglosji. W badaniach prowadzonych przeze mnie wcześniej ankyloglosja występuje u około 77,5%³³ badanych osób, które zgłosiły się do gabinetu logopedycznego. Z kolei w wyselekcjonowanej grupie studentów szkół teatralnych częstość występowania skróconego wędzidełka języka wyniosła niemal 38%³⁴. Badana grupa nie jest reprezentatywna dla całej populacji, choć częstość występowania ankyloglosji jest i tak znaczna. Częstość występowania ankyloglosji w całej badanej przeze mnie populacji (grupa A – 69,6% i grupa B – 65,7%; zob. uwagi na temat wyniku ba-

³⁰ B. MACKIEWICZ: *Dysglosja jako jeden z objawów zespołu oddechowo-połykowego*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2002. Zob. badania dzieci i dorosłych: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*; B. SAMBOR: *Warunki anatomiczno-czynnościowe narządów mowy...*, s. 250–258; B. SAMBOR: *Zaburzone wzorce połykania i pozycji spoczynkowej języka a budowa artykulacyjna głoskowych realizacji fonemów u osób dorosłych*. „Logopedia”. T. 43/2015, s. 149–188.

³¹ E. BINKUŃSKA: *Sygmetyzm właściwy i parasygmetyzm a budowa oraz funkcjonowanie narządów mowy u dzieci*. „Forum Logopedyczne”, nr 24/2016, s. 89 (podkr. D.P.-W.).

³² E. JEŻEWSKA-KRASNODEBSKA: *Przyczyny zaburzeń artykulacji zlokalizowane w układzie obwodowym*. Impuls, Kraków 2015, s. 43–44, 101. Zob. p. 3.5.

³³ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*, s. 225.

³⁴ B. SAMBOR: *Warunki anatomiczno-czynnościowe narządów mowy...*, s. 250–258.

dania w grupie B: p. 4.2.2.2) wyniosła 67,65% (zob. dalsze uwagi na temat przecinania wędzidełka u badanych przeze mnie pacjentów we wcześniejszych latach życia). Wyniki oceny wędzidełka korespondują z danymi na temat częstości ankyloglosji, jakie podaje B. Ostapiuk. Wynikają one z badań prowadzonych w ramach przygotowania prac dyplomowych, których autorka była promotorem; ankyloglosja występowała u 70% badanych osób (w badanej grupie znajdowało się 708 osób w wieku od 6. do 54. r.ż.)³⁵.

Dane przedstawione w tabelach 18 i 19 dotyczą stanu wędzidełka języka podczas jego badania przeprowadzonego w trakcie pierwszej wizyty. Należy podkreślić, że u jednego pacjenta z I grupy wędzidełko języka było już przecinane w 6. miesiącu życia, ale nadal było skrócone i nadawało się do kolejnego zabiegu, który został przeprowadzony. Z kolei inne dziecko z tej samej grupy miało dwukrotnie przecinane wędzidełko – w 6. miesiącu życia i w 3. r.ż., czego efektem było osiągnięcie poprawy ruchomości języka, ale nadal występowała ankyloglosja nieznacznego stopnia. Zdaniem rodziców dwukrotny zabieg chirurgiczny znacznie poprawił ruchomość języka. Podobna sytuacja miała miejsce podczas prowadzonych badań. Niektóre osoby były poddawane dwukrotnym zabiegom przecięcia wędzidełka języka. W grupie II i III także znalazły się osoby, u których w poprzednich latach życia przecinano wędzidełko języka.

U osób z poprzednią wadą zgryzu i ze zgryzem otwartym występowało także często wąskie i czasem wysoko wysklepione podniebienie twarde, a u osób ze zgryzem krzyżowym pewna asymetria w kształcie łuku zębowego (zob. uwagi na temat obecności elementów aparatów ortodontycznych na podniebieniu w p. 4.3.3).

Szczegółowe dane na temat typu wędzidełka ze względu na jego długość zawiera tabela 19, z której wynika, że najczęściej występowała ankyloglosja opisana jako „wędzidełko skrócone w stopniu nieznacznym” lub „wędzidełko skrócone w stopniu pomiędzy nieznacznym a średnim”. Z kolei tabele 21–23 prezentują dane dotyczące modelu oddychania, połykania i żucia. Uwagę zwraca grupa III, w której odnotowałam w kilku przypadkach odmienną pozycję spoczynkową języka podczas oddychania i połykania, co ma najprawdopodobniej związek z samodzielnymi próbami zmiany pozycji języka w kluczowych czynnościach prymarnych pod wpływem sugestii ortodontów. Dorośli pacjenci informowali mnie, że lekarz zalecał utrzymywanie języka na podniebieniu, pacjenci sami próbowali zatem układać język w zaleconym przez lekarza miejscu, ale nie wiedzieli, jaki ma być jego kształt i dokładne miejsce kontaktu z podniebieniem.

U osób z nieprawidłową pozycją spoczynkową języka podczas oddychania odnotowałam różną okresową drogę poboru i wypuszczania powietrza, a także

³⁵ B. OSTAPIUK: *Postępowanie logopedyczne u osób z dyslalią i ankyloglosją*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015, s. 659.

różne wcześniejsze doświadczenia związane z przyczynami utrudniającymi oddychanie drogą nosową, takie jak alergia, zaburzenia układu adenoidalnego, częste infekcje nosa. Po usunięciu przeszkody w oddychaniu drogą nosową pozostawała jednak nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka jako pewien nawyk, a także u niektórych osób ustny pobór powietrza do wymiany gazowej. Taka sytuacja występowała głównie u osób z III grupy, a w grupie I i II obserwowałam okresowe trudności w oddychaniu drogą nosową, ale wszyscy potrzebujący pomocy byli objęci leczeniem laryngologicznym. Zdarzało się jednak, że w przypadku pojawienia się okresowej niedrożności nosa pacjenci nie mogli wykonywać ćwiczeń mających na celu normalizację oddychania czy połykania, a czasami także ćwiczeń artykulacji.

Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 23, u prawie 22% pacjentów występowało jednostronne żucie, a trudności z odgryzaniem obserwowano u prawie 18% osób. Pionowe ruchy języka podczas żucia, a brak lateralnych wystąpiły u osób z I grupy, były to osoby: jedna ze znaczną ankyloglosją, a kolejna z wędzidełkiem skróconym w stopniu średnim.

Tabela 19

Stan wędzidełka języka ze względu na jego długość

Stan wędzidełka języka ze względu na długość	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
W normie	5	21,7	9	39,1	7	30,4	21	30,4
Skrócone w stopniu nieznacznym	8	34,8	6	26,1	7	30,4	21	30,4
Skrócone w stopniu pomiędzy nieznacznym a średnim	3	13,0	4	17,4	7	30,4	14	20,3
Skrócone w stopniu średnim	6	26,1	4	17,4	2	8,7	12	17,4
Skrócone w stopniu pomiędzy średnim a znacznym	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Skrócone w stopniu znacznym	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	1,4
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0

Tabela 20

Stan zgryzu

Stan zgryzu	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
W normie	8	34,8	8	34,8	8	34,8	24	34,8
Zgryz otwarty	4	17,4	5	21,7	6	26,1	15	21,7
Wada dotylna	9	39,1	3	13,0	2	8,7	14	20,3

cd. tab. 20

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wada doprzednia	2	8,7	3	13,0	5	21,7	10	14,5
Zgryz prosty	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	1,4
Zgryz krzyżowy	0	0,0	1	4,3	1	4,3	2	2,9
Zęby w obrocie i/lub stłoczenia zębów	0	0,0	3	13,0	0	0,0	3	4,3
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0

Tabela 21

Model oddychania ze względu na pozycję spoczynkową języka

Pozycja spoczynkowa podczas oddychania	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
W normie	4	17,4	1	4,3	4	17,4	9	13,0
Międzyzębowowa	10	43,5	3	13,0	3	13,0	16	23,2
Przyzębowa	3	13,0	9	39,1	3	13,0	15	21,7
Dorsalna	6	26,1	9	39,1	11	47,8	26	37,7
Horyzontalna	0	0,0	1	4,3	2	8,7	3	4,3
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0

Tabela 22

Model połykania

Model połykania	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
W normie	4	17,4	1	4,3	3	13,0	8	11,6
Międzyzębowy	10	43,5	3	13,0	3	13,0	16	23,2
Przyzębowy	3	13,0	9	39,1	6	26,1	18	26,1
Dorsalny	6	26,1	9	39,1	10	43,5	25	36,2
Horyzontalny	0	0,0	1	4,3	1	4,3	2	2,9
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0

Tabela 23

Wyniki badania odgryzania, gryzienia i żucia

Odgryzanie, gryzienie, żucie	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
W normie	10	43,5	14	60,9	12	52,2	26	52,2
Pionowe ruchy języka podczas żucia, a brak lateralnych	2	8,7	0	0,0	0	0,0	2	2,9

cd. tab. 23

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Jednostronne żucie	5	21,7	5	21,7	5	21,7	15	21,7
Niechętne żucie twardych pokarmów	2	8,7	0	0,0	0	0,0	2	2,9
Trudności z odgryzaniem	4	17,4	3	13,0	6	26,1	13	18,8
Żucie z otwartą jamą ustną	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	1,4
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0

4.2.3.7. Formy zaburzeń wymowy

Analiza indywidualna pozwoliła na ustalenie typów dyslalii obwodowej. Korzystając z typologii, jaką opracowały Halina Mierzejewska i Danuta Emiluta-Roży³⁶, można stwierdzić, że najwięcej pacjentów w grupie A miało dyslalię anatomiczną i funkcjonalną (79,7%), dalej dyslalię funkcjonalną (11,6%) i dyslalię anatomiczną (8,7%). Zbliżona proporcja dotyczy każdej z badanych podgrup, co pokazuje tabela 24. Trudno orzekać na podstawie przeprowadzonych badań, jaka jest faktyczna proporcja form dyslalii w całej populacji osób w Polsce, np. dzieci czy też innych wyprofilowanych ze względu na jakieś kryterium grup osób. Można jednak postawić tezę, że najczęściej występują odmienności anatomiczne wraz z zaburzeniami czynnościowymi.

Tabela 24

Formy dyslalii obwodowej

Formy dyslalii obwodowej	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Dyslalia anatomiczna	3	13,0	0	0,0	3	13,0	6	8,7
Dyslalia funkcjonalna	3	13,0	3	13,0	2	8,7	8	11,6
Dyslalia anatomiczno-funkcjonalna	17	73,9	20	87,0	18	78,3	55	79,7
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0

Barbara Sambor prowadziła badania studentów wyższych szkół teatralnych i wydzieliła w badaniach 4 grupy osób, w tym z zaburzeniami anatomicznymi, zaburzeniami czynnościowymi oraz z zaburzeniami anatomiczno-czynnościowymi, jak również grupę bez zaburzeń anatomicznych i czynnościowych³⁷.

³⁶ H. MIERZEJEWSKA, D. EMILUTA-ROŻYA: *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*. „Audiofonologia”. T. 10/1997, s. 37–48; D. EMILUTA-ROŻYA: *Formy zaburzeń mowy*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012, s. 73–87.

³⁷ B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*

Trudno jednak porównywać wyniki częstości występowania poszczególnych typów dyslalii obwodowej uzyskanych podczas moich badań z ustaleniami autorki, ponieważ podczas egzaminu do szkoły teatralnej – jak wynika z mojej wiedzy – wyklucza się przyjęcie na studia osoby ze znacznymi anomaliami anatomicznymi i znacznymi odstępstwami w artykulacji, np. osoby z wadą doprzednią, zgryzem otwartym, wymową międzyzębową.

Ewa Jeżewska-Krasnodębska³⁸, badając mowę ponad 1000 dzieci siedmioletnich, skategoryzowała wykryte zaburzenia za pomocą typologii H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozyi³⁹, lecz trudno porównywać wyniki badań autorki z referowanymi w niniejszej monografii, ponieważ badaczka przyjęła odmienne kryteria oceny długości wędzidełka języka, a także odmienny od mojego sposób ustalania sposobu połykania u badanych dzieci⁴⁰.

4.2.4. Osoby z dyslalią obwodową – ujęcie indywidualne i uwzględniające średnie występujących zjawisk

Niniejszy punkt odnosi się do następujących problemów badawczych:

1. *Które fonemy są realizowane nienormatywnie i jaka jest liczba czynników szkodliwych o charakterze anatomicznym i/lub czynnościowym w obrębie przestrzeni ustno-twarzowej, a także forma dyslalii w zależności od pacjenta z I, II, III grupy osób z dyslalią obwodową?*
2. *Jakie są różnice dotyczące średniej liczby nienormatywnie realizowanych fonemów spółgłoskowych oraz średniej liczby wadliwych czynników anatomicznych i/lub czynnościowych pomiędzy grupą I, II i III?*

Tabele 25–27 prezentują wyniki diagnozy poszczególnych pacjentów z grupy I, II i III. Zestawienie uwzględnia następujące informacje: normatywność bądź nienormatywność realizacji danego fonemu spółgłoskowego, wskazanie, jaki procent fonemów spółgłoskowych jest realizowanych nienormatywnie przez daną osobę, liczbę nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych wyodrębnionych we wcześniejszych analizach, a także formę dyslalii. Przyjęte skróty: A – dyslalia anatomiczna, F – dyslalia funkcjonalna, A-F – dyslalia anatomiczna i funkcjonalna; znak X umieszczony w odpowiedniej kolumnie oznacza, że u pacjenta występowała nienormatywna realizacja fonemu.

³⁸ E. JEŻEWSKA-KRASNODĘBSKA: *Przyczyny zaburzeń artykulacji...*

³⁹ H. MIERZEJEWSKA, D. EMILUTA-ROZYA: *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy...*, s. 37–48; D. EMILUTA-ROZYA: *Formy zaburzeń mowy...*, s. 73–87.

⁴⁰ E. JEŻEWSKA-KRASNODĘBSKA: *Przyczyny zaburzeń artykulacji...*, s. 43–44, 101.

Tabela 25

Rodzaje fonemów spółgłoskowych realizowanych nienormatywnie, forma dyslalii
i liczba nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych
w zależności od pacjenta – grupa I

Pacjent grupy I	Rodzaje grup fonemów									Nienormatywnie realizowane fonemy		Forma dyslalii	Liczba nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych
	/f, v/	/n, t, d/	/c, ʒ, s, z/	/l/	/r/	/č, ʒ, š, ž/	/i, ŋ/	/ć, ʒ, ś, ź/	/k, g/	Liczba	% ogólnej liczby fonemów spółgłoskowych		
1		X	X			X		X		15	53,6	A-F	6
2		X	X	X	X	X	X	X		19	67,9	A-F	6
3	X	X	X	X	X	X	X	X		21	75,0	A-F	8
4		X	X	X	X	X		X		17	60,7	A-F	3
5		X	X	X	X	X		X		17	60,7	A-F	9
6		X	X	X	X	X	X	X		19	67,9	A-F	5
7	X	X	X	X	X	X	X	X		21	75,0	A-F	7
8		X	X	X	X	X	X	X	X	21	75,0	A-F	4
9		X	X	X	X	X	X	X		19	67,9	A-F	4
10		X	X	X	X	X	X	X		19	67,9	A-F	4
11			X		X	X		X		13	46,4	F	1
12			X	X	X	X		X		14	50,0	F	2
13			X			X		X		12	42,9	A	1
14				X	X	X				6	21,4	A-F	6
15					X	X			X	7	25,0	A-F	4
16				X	X	X				6	21,4	A	1
17		X	X	X	X	X	X	X		19	67,9	F	4
18		X	X	X	X	X	X	X		19	67,0	A-F	5
19					X	X				5	17,9	A-F	4
20		X	X			X	X	X		17	60,7	A-F	4
21		X	X		X	X	X	X		18	64,3	A-F	5
22		X	X			X	X	X	X	19	67,9	A-F	4
23			X			X				8	28,6	A	1
Razem grupy fonemów	2	15	19	14	18	23	12	18	3	Średnia: 15,3	Średnia: 54,5		Średnia: 4,26

Tabela 26

Rodzaje fonemów spółgłoskowych realizowanych nienormatywnie, forma dyslalii
i liczba nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych
w zależności od pacjenta – grupa II

Pacjent grupy II	Rodzaje fonemów									Nienormatywnie realizowane fonemy		Forma dyslalii	Liczba nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych
	/f, v/	/n, t, d/	/c, ʒ, s, z/	/l/	/r/	/č, ʒ, š, ž/	/i, ħ/	/ć, ʒ, š, ž/	/k, g/	Liczba	% ogólnej liczby fonemów spółgłoskowych		
1					X	X				5	17,9	A-F	6
2		X	X		X	X	X	X		18	64,3	A-F	6
3		X	X	X	X	X	X	X	X	21	75,0	A-F	6
4				X	X	X	X	X		12	42,9	A-F	4
5		X	X	X	X	X	X	X	X	21	75,0	A-F	4
6		X	X			X		X		15	53,6	A-F	4
7		X	X		X	X				12	42,9	A-F	4
8			X		X					5	17,9	F	1
9		X	X		X	X	X	X		18	64,3	A-F	4
10		X	X	X		X	X	X		18	64,3	A-F	4
11		X	X	X	X	X	X	X		19	67,9	A-F	6
12		X	X	X		X	X	X		18	64,3	A-F	4
13		X	X			X		X		15	53,6	A-F	6
14					X	X	X	X		11	39,3	A-F	3
15		X	X		X	X	X	X	X	20	71,4	A-F	4
16				X	X	X		X		10	35,7	F	2
17				X	X	X				6	21,4	A-F	4
18		X	X	X	X	X	X	X		19	67,9	A-F	4
19		X	X	X	X		X	X		15	53,6	A-F	4
20		X	X	X	X	X	X	X	X	21	75,0	F	2
21		X	X	X	X	X				13	46,4	A-F	4
22		X	X		X	X				12	42,9	A-F	6
23					X	X	X	X		11	39,3	A-F	5
Razem grupy fonemów	0	16	17	12	19	21	14	17	4	Średnia: 14,6	Średnia: 52,0		Średnia: 4,22

Tabela 27

**Rodzaje fonemów spółgłoskowych realizowanych nienormatywnie, forma dyslalii
i liczba nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych
w zależności od pacjenta – grupa III**

Pacjent grupy III	Rodzaje fonemów									Nienormatywnie realizowane fonemy		Forma dyslalii	Liczba nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych
	/f, v/	/n, t, d/	/c, ʒ, s, z/	/l/	/r/	/č, ʒ, š, ž/v	/i, ŋ/	/ć, ʒ, š, ž/	/k, g/	Liczba	% ogólnej liczby fonemów spółgłoskowych		
1		X	X	X	X					9	32,1	A-F	4
2			X	X	X	X				10	35,7	A-F	3
3		X	X	X	X	X	X	X		19	67,9	F	2
4		X	X	X	X	X	X	X		19	67,9	F	2
5		X	X			X	X	X		17	60,7	A-F	3
6		X	X	X	X		X	X		15	53,6	A-F	5
7		X	X			X	X	X		17	60,7	A-F	5
8		X	X		X	X	X	X		18	64,3	A-F	5
9					X			X		5	17,9	A	1
10		X	X	X	X	X	X	X		19	67,9	A-F	4
11		X	X		X	X	X	X		18	64,3	A-F	6
12		X	X	X	X		X	X		15	53,6	A-F	5
13		X	X	X	X	X	X	X		19	67,9	A-F	5
14		X	X	X	X	X	X	X		19	67,9	A-F	5
15		X	X		X	X		X		16	57,1	A-F	7
16		X	X	X	X	X	X	X		19	67,9	A-F	5
17		X	X		X	X	X	X	X	20	71,4	A-F	3
18		X	X		X		X	X	X	16	57,1	A-F	3
19					X					1	3,6	A	1
20		X	X	X	X	X	X	X		19	67,9	A-F	5
21			X			X		X	X	14	50,0	A	1
22		X	X			X	X	X		17	60,7	A-F	4
23		X	X		X	X	X	X		18	64,3	A-F	4
Razem grupy fonemów	0	19	21	11	19	17	17	20	3	Średnia: 15,6	Średnia: 55,7		Średnia: 3,83

W tabelach 28 i 29 zostały zaprezentowane obliczenia statystyczne umożliwiające porównanie średnich odnoszących się do liczby nienormalywnie realizowanych fonemów i średnich odnoszących się do liczby nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych w zależności od grupy. Analiza statystyczna pozwala na stwierdzenie, że nie odnotowano istotnych różnic. Można zatem założyć, że grupy są pod wskazanym względem równoważne, jeśli brać pod uwagę przedmiot analizy. Nie są jednak homogeniczne ze względu na inne cechy, np. wiek, historia leczenia laryngologicznego, chirurgicznego, ortodontycznego.

Tabela 28

Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi – średnia liczba nienormalywnie realizowanych fonemów spółgłoskowych

Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi			
Średnia liczba nienormalywnie realizowanych fonemów spółgłoskowych	grupa I	grupa II	grupa III
grupa I	x	0,6555	0,8179
grupa II	0,6555	x	0,4829
grupa III	0,8179	0,4829	x

Tabela 29

Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi – średnia liczba nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych

Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi			
Średnia liczba nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych	grupa I	grupa II	grupa III
grupa I	x	0,9410	0,4537
grupa II	0,9410	x	0,3879
grupa III	0,4537	0,3879	x

4.3. Analiza efektywności terapii za pomocą SMURF

Niniejszy punkt odnosi się do problemów badawczych związanych z terapią. Będą one przywoływane w kolejnych częściach punktu 4.3. Wyniki badań dotyczące efektywności terapii za pomocą SMURF i związanej z nią FTM zostaną zaprezentowane z wykorzystaniem perspektywy ogólnej – poszczególnych grup osób z dyslalią (p. 4.3.1–4.3.9) oraz indywidualnej (p. 4.3.10), chociaż w toku omawiania wyników z perspektywy ogólnej, będę niejednokrotnie analizować przypadki indywidualne.

Rozważania będą dotyczyć takich aspektów, jak: motywacja do podjęcia terapii, wcześniejsza terapia logopedyczna, leczenie wielospecjalistyczne, dynamika normowania czynności prymarnych, a także dynamika uzyskiwania przez pacjentów poszczególnych grup I, II i III kolejnych faz fonetycznych, tempo i jakość pierwszej wywoływanej głoski I fazy fonetycznej, analizy metod i ram wywoływanych głosek, ścieżki przekształceń związanych z pracą nad głoskami dentalizowanymi poszczególnych grup. W p. 4.3.9 przedstawię wyniki analizy jakościowej efektu domina i samoregulacji.

4.3.1. Motywacja do podjęcia terapii

Poniższy punkt odnosi się do następującego problemu badawczego:

Jaka jest motywacja pacjentów dorosłych lub opiekunów w przypadku osób niepełnoletnich do podjęcia terapii logopedycznej w zależności od I, II i III grupy osób z dyslalią obwodową?

Motywacja do podjęcia terapii była różna, co miało – jak przypuszczam – związek z wiekiem pacjenta, jego stanem zdrowia, rodzajem zaburzeń wymowy, a także planami życiowymi itp. Tabela 30 przedstawia szczegółowe dane na temat przyczyn zgłoszenia się do gabinetu logopedycznego.

Tabela 30

Motywacja do podjęcia terapii – grupa I, II, III

Przyczyna zgłoszenia się do logopedy	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Zaniepokojenie rodziców stanem mowy dziecka	8	34,8	2	8,7	1	4,3	11	15,9
Zaniepokojenie rodziców stanem mowy dziecka i nieefektywna terapia logopedyczna prowadzona w przedszkolu lub w szkole	9	39,1	1	4,3	0	0,0	10	14,5
Na polecenie ortodonty i w związku z nieefektywną terapią logopedyczną prowadzoną w szkole	0	0,0	7	30,4	3	13,0	10	14,5
Na polecenie ortodonty	5	21,7	12	52,2	8	34,8	25	36,2
Na polecenie ortodonty i chęć poprawy własnej wymowy	0	0,0	0	0,0	4	17,4	4	5,8
Na polecenie fizjoterapeuty	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	1,4
Chęć poprawy własnej wymowy	0	0,0	0	0,0	3	13,0	3	4,3
Konieczność uzyskania prawidłowej wymowy w związku z egzaminem do szkoły teatralnej	0	0,0	0	0,0	4	17,4	4	5,8
Na prośbę logopedy	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	1,4
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0

Większość badanych osób zgłosiła się do logopedy na polecenie ortodonta, a także z powodu zaniepokojenia rodziców stanem mowy dziecka i nieefektywną terapią logopedyczną prowadzoną w przedszkolu lub w szkole. Motywacje były zatem różnorodne.

Ortodonci – jak wynika z analizy badań – często zalecają osobom z wadą zgryzu pomoc logopedyczną w celu likwidacji niekorzystnej dla prowadzonego leczenia pracy języka podczas czynności fizjologicznych i artykulacji, co należy uznać za korzystne dla pacjenta. Uwagę zwraca jedna z kolejnych motywacji szukania pomocy logopedycznej, a mianowicie nieefektywna terapia logopedyczna prowadzona w przedszkolu lub w szkole, o czym informowali mnie rodzice pacjentów. Nie wdając się w tym miejscu w zagadnienia merytoryczne (zob. p. 4.3.2), pragnę zwrócić uwagę, że taka terapia odbywa się bez udziału rodziców, co zmniejsza szansę na podejmowanie ćwiczeń w domu, a także – o czym informowali mnie rodzice badanych dzieci – zazwyczaj w grupach kilkusobowych, a zajęcia odbywały się rzadko.

4.3.2. Wcześniejsza terapia logopedyczna

Poniższy punkt odnosi się do następującego problemu badawczego:

Jaka jest częstość i jakość opieki logopedycznej w zależności od I, II i III grupy osób z dyslalią obwodową?

Z danych przedstawionych w tabeli 31 wynika, że tylko 30 badanych osób z dyslalią obwodową korzystało wcześniej z terapii logopedycznej prowadzonej w przedszkolu lub w szkole, a 2 osoby odbyły konsultacje logopedyczne. Porównując te dane z informacjami zawartymi w tabeli 30 w rozdziale 4.3.1, gdzie zostały przedstawione motywacje, które skłoniły rodziców do zgłoszenia się do gabinetu logopedycznego, można wnioskować, że w 20 przypadkach opiekunowie dzieci nie byli zadowoleni z efektów wcześniejszej terapii logopedycznej, a w przypadku 10 nie zgłaszali zastrzeżeń.

Wyjaśnienie przyczyn takich opinii rodziców nie jest w pełni możliwe, ale warto przywołać podstawowe ustalenia, które udało mi się jednak poczynić w trakcie badań. Terapia logopedyczna prowadzona w przedszkolu lub w szkole odbywała się zazwyczaj bez udziału rodziców. Czasami opiekunowie otrzymywali od logopedy zalecenia spisane na kartce, co należy z dzieckiem ćwiczyć w domu, np. unoszenie języka czy wywołaną przez logopedę głoskę, ale opiekunowie dzieci zwracali uwagę na fakt, że nie wiedzieli, w jaki sposób wykonywać te ćwiczenia oraz nie potrafili w domu skłonić dziecka do wypowiedzenia wywołanego przez logopedę dźwięku lub ćwiczyli – o czym się przekonywałam, przeprowadzając różne próby – nieprawidłową głoskę (zdarzało się także, że rodzice ćwiczyli prawidłową głoskę).

Opiekunowie pacjentów przynosili czasem zeszyty ćwiczeń prowadzone w ramach wcześniejszej terapii logopedycznej. Mogłam wtedy zobaczyć, jaki rodzaj ćwiczeń był prowadzony, chociaż – należy podkreślić – nie jest to pełny obraz terapii. Pytałam rodziców, czy i jakie ćwiczenia narządów mowy były prowadzone przez logopedów, i otrzymywałam często odpowiedź, że były to – jak je nazywałam w monografii – NĆNM. Okazało się, że także w przypadku np. dzieci z międzyzębowością niektórzy logopedzi ćwiczyli wysuwanie spiętego i wydłużonego języka poza jamę ustną, a nie prowadzili ćwiczeń pozycji spoczynkowej języka i połykania, pomimo że dziecko nieprawidłowo oddychało i połykało.

W wielu wypadkach byłam pierwszą osobą, która informowała rodziców o tym, że dziecko ma ankyloglosję i należy przeciąć wędzidełko języka. Opiekunowie dzieci często także dziwili się, że zaglądam dzieciom do jamy ustnej, przeprowadzając badanie wymowy czy oceniając budowę narządów mowy. Niektórzy pamiętali, że ćwiczono głoski, ale nie ćwiczono czynności prymarnych. Na podstawie tych informacji przypuszczam, że prowadzona terapia miała charakter objawowy. Zdarzały się jednak pojedyncze przypadki, że terapia – jak wynikało z relacji rodziców – uwzględnia nie tylko ćwiczenie głosek, ale także np. normalizację czynności prymarnych.

Czy relacje rodziców dzieci są wiarygodne? Zapiski w przyniesionych zeszytach obrazujących terapię logopedyczną były jednoznaczne. Jeśli jednak terapia odbywała się kilka lat temu, opiekunowie nie pamiętają jej przebiegu. Faktem jest, że zgłosili się do gabinetu z dzieckiem – po takiej terapii – z wadą wymowy. Pamiętam relację jednej z matek, która usłyszała od logopedy, że jej córka mówi prawidłowo, a u dziecka występowały nienormatywne realizacje fonemów dentalizowanych, asymetryczne ułożenie języka i asymetryczny przepływ powietrza, czyli tzw. seplenienie boczne (choć ta nazwa jest powszechna, nie jest jednak precyzyjna⁴¹). Inna matka cytowała wypowiedź logopedy, że „Nie da się tego wyćwiczyć, bo taka uroda dziecka” (u pacjenta występowała m.in. dorsalna realizacja fonemów dziąsłowych dentalizowanych).

Należy podkreślić, że warunki pracy logopedów zatrudnionych w przedszkolu lub w szkole nie sprzyjają prowadzeniu indywidualnej terapii logopedycznej, ponieważ zajęcia zazwyczaj odbywają się w grupach kilkuosobowych, jest ich niewiele i bez udziału rodziców. Opiekunowie badanych dzieci, nie znając uwarunkowań efektywności terapii logopedycznej, zazwyczaj byli przekonani (przynajmniej na początku terapii prowadzonej w przedszkolu), że pomoc

⁴¹ Zob. B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2013; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*; J. TRZASKALIK: *Terminologiczne dyskusje wokół seplenienia i jego rodzajach*. W: *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej*. Red. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2016, s. 136–153.

prowadzona w sposób opisany powyżej będzie wystarczająca, aby ich dziecko mówiło prawidłowo. Nie zawsze jednak tak się działo, co wynika z motywacji, które skłoniły opiekunów pacjentów do poszukiwania innej formy pomocy.

Tabela 31

Wyniki badań dotyczące wcześniejszej pomocy logopedycznej

Wcześniejsza pomoc logopedyczna	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	I.	%	I.	%	I.	%	I.	%
Terapia logopedyczna	9	39,1	13	56,5	8	34,8	30	43,5
Brak terapii logopedycznej	13	56,5	9	39,1	15	65,2	37	53,6
Konsultacja logopedyczna	1	4,3	1	4,3	0	0,0	2	2,9
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0

Myszę, że oprócz rekomendowania zmiany sposobu prowadzenia terapii z objawowej na objawowo-przyczynową należy podjąć dyskusję przede wszystkim na temat wprowadzenia zmian organizacji opieki logopedycznej na terenie przedszkola i dążyć do takiej, w ramach której logopeda będzie pracował z dzieckiem w relacji „jeden na jeden” nie tylko podczas pomocy w obrębie wczesnego wspomagania rozwoju, ale także w innych przypadkach. Inną kwestią są zbiorowe, a zatem niedopasowane do poszczególnych dzieci, ćwiczenia ortofoniczne prowadzone w przedszkolu. Ten problem także wymaga analiz.

4.3.3. Leczenie wielospecjalistyczne

Poniższy punkt odnosi się do następującego problemu badawczego:

Jaka jest częstość wielospecjalistycznej pomocy o charakterze medycznym – laryngologicznej, ortodontycznej, chirurgicznej i fizjoterapeutycznej w zależności od I, II i III grupy osób z dyslalią obwodową?

Dane ogólne

Osoby z zaburzeniami realizacji fonemów o etiologii obwodowej często korzystają z leczenia ortodontycznego, laryngologicznego, a także chirurgicznego w związku np. z koniecznością przecięcia wędzidełka języka w przypadku jego skrócenia. Tabela 32 przedstawia dane na temat częstości korzystania z opieki wielospecjalistycznej. Większość badanych nie odbyła konsultacji z fizjoterapeutą. Myszę, że pacjenci nie zawsze rozumieją potrzebę takich wizyt. W badanej grupie były osoby, które – korzystając z mojej rady przeprowadzenia konsultacji z fizjoterapeutą – po ćwiczeniach zleconych przez specjalistę (jeśli były potrzebne) uzyskiwały np. poprawę pozycji spoczynkowej języka.

Pisząc „leczenie laryngologiczne”, mam na myśli korzystanie z konsultacji i/lub leczenia specjalistycznego, które było prowadzone w przeszłości (a obecnie pacjent pozostawał w okresowej kontroli) i/lub obecnie. Dorosłe osoby z III grupy często nie pamiętały szczegółów stanu zdrowia z dzieciństwa.

W tabeli 32 zostały zawarte również dane dotyczące liczby osób, które poddały się zabiegowi przecięcia wędzidełka języka po przeprowadzeniu mojej diagnozy podczas pierwszej wizyty (zob. p. 4.2.3.6). Niektóre osoby skorzystały z kolejnego zabiegu, gdyż po pierwszym przecięciu – chociaż ankyloglosja się zmniejszyła – nie uzyskano prawidłowej długości wędzidełka, co ma związek z danymi na temat wieloetapowego leczenia tej wady⁴². Gdy porównamy dane na temat

Tabela 32

Korzystanie z leczenia wielospecjalistycznego

Korzystanie z leczenia wielospecjalistycznego	Grupa I		Grupa II		Grupa III		Razem	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Leczenie ortodontyczne	15	65,2	16	69,6	14	60,9	45	65,2
Ortodontyczne wspieranie terapii logopedycznej za pomocą aparatów ułatwiających utrzymanie pozycji spoczynkowej języka	10	43,5	8	34,8	8	34,8	26	37,7
Leczenie laryngologiczne	14	60,9	11	47,8	5	21,7	30	43,5
Leczenie chirurgiczne dotyczące usuwania ankyloglosji (pierwszy wykonany zabieg po mojej diagnozie)	12	52,1	13	56,5	15	65,2	40	58,0
Konsultacje i ćwiczenia z fizjoterapeutą	3	13,0	2	8,7	2	8,7		10,1

częstości występowania ankyloglosji w badanej grupie osób (tabela 18, p. 4.2.3.6), okaże się, że większość osób z ankyloglosją, którym zaproponowałam przecięcie wędzidełka języka, poddały się zabiegowi (12 z 18 osób z ankyloglosją z I grupy, 13 osób z ankyloglosją z 14 z II grupy i 15 osób z ankyloglosją z 16 z III grupy). Dostosowanie się pacjentów do mojej propozycji⁴³ wykonania zabiegu chirurgicznego można wiązać z różnymi czynnikami, np. zrozumienie znaczenia pracy języka w jamie ustnej dla efektów leczenia ortodontycznego, wcześniejsza nieefektywna terapia logopedyczna, podczas której niektórzy logopedzi nie rozpoznawali ankyloglosji, nieefektywność zalecanych przez niektórych logopedów tzw. masaży rozciągających wędzidełko języka, zrozumienie przez opiekunów i/lub pacjentów znaczenia długości wędzidełka dla uzyskania ruchomości języka w celu osiągnięcia założonych celów terapii. W przypadku niektórych pacjentów

⁴² B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna...*

⁴³ Logopedzi informują mnie często, że niektórzy pacjenci lub ich opiekunowie nie wyrażają zgody na przecięcie wędzidełka języka. Zob. komentarz na ten temat: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *O różnych typach wędzidełka języka...*, s. 123–155.

należało jeszcze raz wykonać zabieg, nie wszyscy jednak wyrażali na to zgodę, a przynajmniej nie od razu.

Przecięcie wędzidełka języka

Jak wynika z danych na temat stanu wędzidełka języka zawartych w tabelach 18 i 19 (p. 4.2.3.6), w każdej grupie znalazła się znaczna liczba osób z ankyloglosją. Ponieważ ankyloglosja ogranicza ruchomość języka i bywa główną lub jedną z przyczyn wadliwej wymowy (istotne mogą być różnorodne sprzężenia czynników anatomicznych i czynnościowych), pacjentom z taką wadą proponowałam chirurgiczne przecięcie wędzidełka języka. Nie wszyscy pacjenci od razu byli gotowi na taki zabieg, w szczególności w obliczu dwóch aspektów. Pierwszy z nich wiązał się z panującą jeszcze opinią, że „wędzidełko można naciągnąć poprzez ćwiczenia języka”⁴⁴, o czym informowali rodziców niektórzy logopedzi a nawet lekarze. Inni obawiali się zabiegu lub mówili: „To jest zbyt duża ingerencja” lub – w szczególności w przypadku nieznacznej ankyloglosji – pragnęli najpierw spróbować terapii logopedycznej bez przecinania wędzidełka języka.

Większość pacjentów – głównie z doświadczeniami nieefektywnej wcześniejszej terapii logopedycznej – chętnie jednak godziła się na zabieg chirurgiczny. Każdy pacjent, także małe dziecko, był przygotowany do takiego zabiegu i nie był kierowany do lekarza bez swojej zgody. Przygotowanie pacjenta do zabiegu polegało na wyjaśnieniu jego celu, możliwości zastosowania znieczulenia, sposobu postępowania przed zabiegiem i po nim. W postępowaniu przed przecięciem wędzidełka języka zalecałam układanie języka profilujące pozycję wertykalno-horyzontalną. Ćwiczenia odbywały się z lekko rozchyloną jamą ustną, co podkreślam. W zależności od możliwości pacjenta ćwiczenia były wykonywane przez niego samodzielnie lub z wykorzystaniem szpatułki (trzymanej przez logopedę lub dziecko) albo z palców podłożonych pod język (palców logopedy ubranych w rękawiczkę jednorazowego użytku lub palców dziecka). Pacjenci byli kierowani do lekarzy, którzy legitymowali się doświadczeniem w przeprowadzaniu zabiegów chirurgicznych likwidowania ankyloglosji.

Przecięcie wędzidełka języka wykonano u 12 pacjentów z I grupy, co spowodowało uzyskanie poprawy ruchomości języka, u niektórych pacjentów wędzidełko było jednak nadal nienormatywne. Wspólnie z opiekunami dzieci ustaliłam, że będziemy obserwować, czy wędzidełko języka jeszcze przeszkadza w osiągnięciu prawidłowych ruchów i w przypadku braku efektów terapii zostanie po raz kolejny przecięte; taka sytuacja wystąpiła u 6 osób. W jednym z przypadków matka pod wpływem słów lekarza nie zdecydowała się na przecięcie wędzidełka języka (lekarz wyraził opinię „Nie trzeba przecinać wędzidełka, to się da wyćwiczyć”). Ćwi-

⁴⁴ Zob. analizę nieskuteczności tego sposobu postępowania: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *O różnych typach wędzidełka języka...*, s. 123–155. Zob. także: R. LOPES DE CASTRO MARTINELLI, I. QUEIROZ MARCHESAN, R. JORDÃO GUSMÃO, H. MARQUES HONÓRIO, G. BERRETTIN-FELIX: *The effects of frenotomy on breastfeeding...*, s. 153–157.

czyliśmy, ale terapia była mało efektywna i matka zgodziła się jednak na przecięcie wędzidełka języka. Praktyka, a także relacje wielu logopedów, upoważniają mnie do opinii, że nie była to wyjątkowa sytuacja. Wręcz odwrotnie, lekarze nierzadko wyrażają opinię o tym, że nie trzeba przecinać wędzidełka, mimo że nie mają kompetencji do oceny ruchomości języka w kontekście potrzeb artykulacyjnych polskich głosek w takim zakresie, jak logopeda⁴⁵. Wiedza lekarza na temat sposobu znieczulenia i metody wykonania zabiegu jest nieoceniona i w tym przypadku logopeda nie ma takich kompetencji, jak np. chirurg.

Z 14 osób II grupy nieomal wszyscy pacjenci (13 osób) poddali się zabiegowi przecięcia wędzidełka języka; 4 osoby uzyskały pełną ruchomość języka. Pozostali wymagali kolejnego zabiegu. W jednym przypadku matka (ortodonta) i dziecko wyrazili wprost opinię, że nie widzą poprawy po zabiegu, zmienili jednak zdanie, gdy porównali fotografie stanu wędzidełka przed zabiegiem chirurgicznym i po jego wykonaniu.

Zabieg chirurgicznego przecięcia wędzidełka został wykonany u 15 pacjentów III grupy, z czego w 5 przypadkach osiągnięto prawidłową ruchomość języka. Osoba z ankyloglosją, która nie była gotowa przeprowadzić zabiegu – doświadczając ograniczenia ruchomości języka podczas ćwiczeń pozycji wertykalno-horyzontalnej – zdecydowała się na zabieg po kilku wizytach.

Moją uwagę zwróciły skrócone wędzidełka typu tylnego⁴⁶, które – jak wynika z własnych obserwacji – nie są łatwe do przecinania ze względu na ich usytuowanie, gdyż nie zawsze widziałam duże zmiany w ruchomości języka po zabiegu chirurgicznym. Koniecznie zatem należałoby podjąć badania relacji między typem wędzidełka języka w przypadku ankyloglosji a metodą jego chirurgicznego usuwania.

Warto podkreślić, że większość pacjentów zdecydowanych na chirurgiczne leczenie ankyloglosji już na drugiej wizycie była po zabiegu. Inne niezdecydowane osoby (także te, u których należało wykonać kolejny zabieg chirurgiczny) często zmieniały decyzję pod wpływem trudności, które przeżywały podczas ćwiczeń⁴⁷. Po przecięciu wędzidełka języka wystąpiły różne reakcje pacjentów

⁴⁵ Więcej: I. MALICKA: *O współpracy logopedy i chirurga w przypadku ankyloglosji*. W: *Nowa logopedia. Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*. T. 2. Red. M. MICHALIK. Collegium Columbinum, Kraków 2011, s. 297–304; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *O różnych typach wędzidełka języka...*, s. 123–155. B. OSTAPIUK, D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, S. GRABIAS, T. WOŹNIAK: *Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce. „Logopedia”*. T. 47/2018, vol. 1, s. 369–398.

⁴⁶ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *O różnych typach wędzidełka języka...*, s. 123–155.

⁴⁷ Nie namawiałam pacjentów i ich opiekunów na przecięcie wędzidełka języka, co może zaskakiwać, ale uświadamiałam im, dlaczego jest to ważne z punktu widzenia potrzeb artykulacyjnych polskich głosek i czynności prymarnych. Gdy obserwowałam po pierwszym przecięciu wędzidełka nadal trudności w uzyskaniu pewnych ruchów języka, informowałam o tym pacjenta i pokazywałam, na czym trudność polega. Pracowałam w taki sposób, aby pacjent i opiekun sami mogli odkryć konieczność przeprowadzenia ponownego zabiegu. Jeśli nie wyrażali zgody,

i ich opiekunów, które ukazują sposób wykorzystania przez pacjenta zwiększonej ruchomości języka, jaka pojawiła się pod wpływem przecięcia wędzi-dełka. Będzie o tym mowa w części dotyczącej efektu domina i samoregulacji (zob. p. 4.3.9).

Ortodontyczne wspieranie terapii logopedycznej

Jak wynika z badań Moniki Łuszczuk⁴⁸, istotną formą wspierania terapii prowadzonej przez logopedę w zakresie normowania czynności prymarnych, w szczególności zaś utrzymania prawidłowej pozycji spoczynkowej języka, jest korzystanie z pomocy ortodontycznej, np. trenera Myo T4K, którego efektywność badała przywołana autorka (zob. tabela 33). Celem stosowania różnych aparatów jest ukierunkowanie pracy języka w jamie ustnej lub wręcz utrzymywanie języka w pozycji wertykalno-horyzontalnej. Ma to znaczenie – jak pokazują obserwacje – dla uzyskania zadowalających efektów terapii miodfunkcjonalnej, którą prowadzi logopeda.

Do aparatów wspierających terapię logopedyczną należą np. płytka przed-sionkowa, trener, kuleczki mocowane na aparatach ruchomych w okolicach podniebienia twardego, kolce przyklejane do wewnętrznej powierzchni dolnych siekaczy, różnego rodzaju zapory dla języka, guziczki językowe mocowane na podniebiennej powierzchni górnych siekaczy itp.⁴⁹. Należy podkreślić, że taka forma pomocy może być ordynowana jedynie przez lekarza, który dysponuje pełną diagnozą ortodontyczną i na jej podstawie planuje własne leczenie. Logopeda nie ma uprawnień do zalecania podobnych sposobów leczenia. Niestety logopedzi, często nie zdając sobie sprawy z konsekwencji używania np. płytki przed-sionkowej, samodzielnie decydują o korzystaniu z niej przez pacjenta. Warto przypomnieć, że są wady zgryzu, w przypadku których taka płytka może pacjentowi zaszkodzić⁵⁰. Logopeda nie jest lekarzem. Nie oznacza to, że nie może proponować ortodonta wykorzystania w terapii np. trenera. Wszak uzyskanie prawidłowego oddychania wraz z wertykalno-horyzontalną pozycją języka jest wspólnym dążeniem ortodonta i logopedy w przypadku wielu pacjentów⁵¹.

informowałam o ograniczeniach terapii. Wiem, że niektórzy potrzebowali czasu, aby zdecydować się na kolejny zabieg.

⁴⁸ M. ŁUSZCZUK: *Realizacja systemu fonologicznego polszczyzny u dzieci z zaburzeniami artykulacji szeregów dentalizowanych...*

⁴⁹ Zob. np. *Zarys współczesnej ortodoncji*. Red. I. KARŁOWSKA. PZWL, Warszawa 2008. W.R. PROFFIT, H.W. FIELDS: *Ortodoncja współczesna...*

⁵⁰ G. ŚMIECH-SŁOMKOWSKA, W. RYTŁOWA: *Wybrane zagadnienia z profilaktyki i wczesnego leczenia ortodontycznego*. MED TOUR PRESS INTERNATIONAL SANMEDIA, Warszawa 1993.

⁵¹ Zob. uwagi osób biorących udział w wywiadzie na temat logopedii: B. OSTAPIUK, D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, S. GRABIAS, T. WOŹNIAK: *Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzwie...*

Tabela 33

Ortodontyczne wspieranie ćwiczeń pozycji spoczynkowej języka

Rodzaj pomocy	Grupa I	Grupa II	Grupa III	Razem
Płytką przedsionkowa	1	0	0	1
Trainer	5	5	1	11
Kolce przyklejane do wewnętrznej powierzchni dolnych siekaczy	1	1	1	3
Guziczki językowe przyklejane do podniebiennej powierzchni górnych siekaczy	1	0	1	2
Zapora dla języka	2	0	0	2
Kuleczka mocowana na aparacie dla ukierunkowania pracy języka	0	2	0	2

O własnych obserwacjach na temat różnych sposobów zleczanych przez ortodontów w celu normalizacji pozycji języka będzie mowa w p. 4.3.4.6, który dotyczy automatyzacji czynności prymarnych.

Szczególnie ważne dla pacjenta i logopedy jest uzyskanie diagnozy laryngologicznej na temat możliwości poboru powietrza nosem, skoro bowiem jednym z celów terapii jest nauka prawidłowego modelu oddychania, oznacza to, że pacjent powinien mieć strukturalną możliwość poboru powietrza przewodem nosowym. W innym przypadku nasze zalecenia nie mogą zostać spełnione. Mając trudność w dostarczeniu powietrza do organizmu z powodu blokady np. w jamie nosowo-gardłowej, dziecko – bez względu na nasze nakazy czy prośby – otworzy usta, aby pobrać powietrze do wymiany gazowej, dlatego istotne jest ustalenie przez laryngologa w sposób obiektywny możliwości poboru powietrza nosem, np. za pomocą nasofiberoskopii.

4.3.4. Normalizacja czynności prymarnych

Niniejszy punkt dotyczy następującego problemu badawczego:

Jaka jest dynamika terapii w odniesieniu do normowania czynności prymarnych, w tym w szczególności wywołania pozycji w-h języka, inicjacji prawidłowego modelu oddychania, inicjacji dojrzałego połykania w sposób mechaniczny, inicjacji samodzielnego dojrzałego połykania w zależności od grupy I, II i III oraz czy istnieją różnice pomiędzy badanymi grupami?

Zgodnie z SMURF terapię zaburzeń realizacji fonemów w dyslalii obwodowej inauguruje konstruowanie przedpola artykulacji, podczas którego m.in. inicjuje się proces normalizacji głównych czynności prymarnych: oddychania i przyjmowania pokarmów. W tym celu pomocna jest FTM. Kolejne punkty tego

rozdziału będą opisywać przebieg normalizacji czynności prymarnych podczas terapii. Rozważania na temat dynamiki zmian czynności prymarnych obejmują analizę tempa uzyskiwania przez pacjentów następujących umiejętności: inicjację pozycji w-h języka, inicjację prawidłowego modelu oddychania, następnie inicjację połykania dojrzałego w formie mechanicznej oraz inicjację połykania dojrzałego w formie samodzielnej. Wskaźnikiem szybkości uzyskania danej fazy terapii związanej z normalizacją czynności prymarnych jest ustalenie wizyty, na której pacjent uzyskał daną umiejętność (np. inicjację prawidłowego modelu oddychania itp.), licząc od pierwszego spotkania. W p. 4.3.4.6 prezentuję analizy automatyzacji ćwiczonych umiejętności związanych z oddychaniem i połykaniem, wskazując na trudności oceny tego aspektu terapii logopedycznej. Jednocześnie rekomenduję konieczność podjęcia wspólnych badań logopedycznych i ortodontycznych w tym zakresie z uwzględnieniem określonych sposobów weryfikacji skuteczności prowadzonej terapii miofunkcjonalnej.

Komentując etap konstruowanie przedpoła artykulacji, pragnę podkreślić, że jeśli pacjent prezentował progowe umiejętności warunkujące wywołanie głęski wybranej do ćwiczeń, niezwłocznie przystępowałam do pracy nad nowym dźwiękiem mowy i w wielu przypadkach już na pierwszej wizycie go wywoływałam.

4.3.4.1. Żucie, odgryzanie i likwidowanie parafunkcji

Gdy dziecko obecnie ssało smoczek czy palec, stosowałam postępowanie opisane w książce *Dyslalia obwodowa. Diagnostyka i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*. W przypadku występowania nawykowych poprzednich ruchów żuchwy czy podkładania wargi dolnej pod górne zęby w sytuacjach niezwiązanych z artykulacją konsultowałam formę pomocy z ortodontą. We wszystkich przypadkach dobierałam sposób likwidowania szkodliwych nawyków do pacjenta i jego możliwości.

Nie miałam wielkiego wpływu na model odgryzania w przypadku zgryzu otwartego czy wady poprzedniej, gdyż trudności pacjenta wiązały się ze stanem narządu żucia. Zazwyczaj osoby takie stosowały strategie kompensacyjne, zmieniając jednak sposób odgryzania wraz z postępującym leczeniem ortodontycznym. Gdy dziecko niechętnie żuło czy odmawiało jedzenia twardych pokarmów, starałam się dociec przyczyny takiej sytuacji, a następnie podejmowałam działania zmierzające do stymulacji gryzienia i żucia twardych pokarmów. Zdarzało się, że dzieci przynosiły na zajęcia twarde pokarmy do gryzienia, np. marchewkę, i ćwiczyliśmy żucie. Podobnie postępowałam przy innych zaburzeniach gryzienia i żucia: dociekałam przyczyn takiej sytuacji, a następnie uczyłam prawidłowego żucia. Nie zawsze byłam jednak w stanie odnaleźć przyczynę np. jednostronnego gryzienia. Oznacza to, że współczesna wiedza i sposób badania przyczyn

zaburzeń wymowy w dyslalii obwodowej nie są pełne, ponieważ np. trudno jest odtworzyć strukturę karmienia dziecka od urodzenia.

4.3.4.2. Inicjacja wertykalno-horyzontalnej pozycji języka

Zanim przystępowałam do pracy nad wywołaniem pozycji w-h języka, uświadamiałam rodzicom i pacjentowi (nawet małemu dziecku w przystępny dla niego sposób) znaczenie tej pozycji dla oddychania, połykania i wymowy. Przeprowadzałam nawet eksperyment z opiekunami dziecka, zachęcając do sprawdzania ich własnej pozycji spoczynkowej języka podczas oddychania i połykania. Po wykonaniu mojej prośby ze zdumieniem konstatowali czasami, że język ich dziecka zajmuje odmienną pozycję. Zdarzało się, że u jednego z rodziców także występowała nieprawidłowa pozycja języka podczas oddychania czy połykania. Niektórzy rodzice czy dorośli pacjenci wiedzieli już – pod wpływem informacji ortodenty – że ich język nie pracuje w jamie ustnej prawidłowo.

Zgodnie z FTM pracę związaną z normowaniem oddychania inauguruje nauka pozycji w-h języka. Uzyskanie jej warunkowane jest stanem wędzidełka języka, co oznacza, że w przypadku jego skrócenia wzniesienie języka w górę w celu uzyskania pozycji w-h – w różnym zakresie – może wiązać się z napięciem wędzidełka, które uniemożliwia swobodne ułożenie apeksu, a także innych części języka. Dlatego konieczne jest przecięcie wędzidełka, ale ćwiczenia tego narządu zmierzające do uzyskania pozycji w-h rozpoczynałam jeszcze przed zabiegiem⁵².

Obserwacje poczynione w toku badań pozwalają na wniosek, że jedną z najprostszych metod inicjacji pozycji w-h języka jest jego mechaniczne wzniesienie za pomocą szpatułki lub palców – dziecka albo logopedy – podłożonych pod język, przy czym jama ustna jest lekko rozchylona. Można to zrobić, uzyskując wariant pozycji w-h, nawet w warunkach nieznacznej ankyloglosji. Inne metody zostały opisane w monografii *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*.

W tabeli 34 przedstawiłam dane ukazujące liczbę wizyt potrzebnych do zainicjowania pozycji w-h języka w badanej grupie (inicjacja nie oznacza, że każdy pacjent potrafił przyjąć pozycję w-h na polecenie słowne, w szczególności małe dzieci; łatwiej było uzyskać samodzielne przyjęcie pozycji w-h języka osobom z III grupy). Uznawałam, że jeśli pod wpływem moich działań chociaż przez chwilę występuje pozycja w-h języka (lub jej wariant w przypadku ankyloglosji), nawet z użyciem pomocy mechanicznej, a zastosowane działania są powtarzalne, to oznacza zainicjowanie pozycji w-h języka.

⁵² Zob. B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna...*; B. OSTAPIUK: *Postępowanie logopedyczne u osób z dyslalią i ankyloglosją...*, s. 655–685; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*

Zabiegi stosowane przeze mnie były jednak różne, gdyż metodę dopasowywałam do pacjenta, np. u jednych wykorzystywałam podkładanie szpatułki pod język, innych uczyłam klaskania o charakterze wertykalno-horyzontalnym, a u jeszcze innych profilowałam pozycję w-h języka z głóska [n]. Osoby podane terapii zachęcałam do ćwiczeń pozycji w-h w domu w sposób dobrany do pacjenta, tak aby pacjent potrafił samodzielnie przyjąć pozycję w-h. Rodzicom i pacjentowi lub tylko pacjentowi, jeśli był dorosły, dokładnie tłumaczyłam i praktycznie pokazywałam, w jaki sposób uzyskać pozycję w-h języka. U małych dzieci było to najczęściej podkładanie szpatułki lub 2 palców pod język, nauka klaskania o charakterze wertykalno-horyzontalnym.

Nie określałam liczby powtórzeń czy koniecznego czasu ćwiczeń w domu. Uznawałam, że istotne jest, aby pacjent wykonywał ćwiczenie starannie, wiedząc, do jakiej pozycji dążymy. Porównywałam też ćwiczenia pozycji w-h języka do czynności pielęgnacyjnych, zachęcając do ćwiczeń języka po umyciu zębów, np. rano i wieczorem. Nie wykonywałam i nie zalecałam NĆNM. Rodzice dzieci, które wcześniej uczęszczały na terapię do innych logopedów, często wyrażali zdziwienie, że tak mało zadają ćwiczeń języka, i mówili: *Jak syn chodził do logopedy w przedszkolu, dostawałam kserokopię różnych ćwiczeń języka, warg i dmuchania. Miałam to ćwiczyć z dzieckiem.* Oglądałam takie materiały, gdyż rodzice przynosili je na zajęcia i wręcz pytali *Co mam z tego ćwiczyć?*

Tabela 34

Inicjacja w-h pozycji języka

Zainicjowanie pozycji wertykalno-horyzontalnej języka	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Nie było potrzeby wywołania pozycji w-h, gdyż pacjent potrafił ułożyć język w tej pozycji	4	17,4	1	4,3	4	17,4	9	13,0
Podczas 1 wizyty	8	34,8	13	56,5	15	65,2	36	52,2
Podczas 2 wizyty	7	30,4	8	34,8	4	17,4	19	27,5
Podczas 3 wizyty	1	4,3	1	4,3	0	0,0	2	2,9
Podczas 4 wizyty	3	13,0	0	0,0	0	0,0	3	4,3
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0
Średnia:	1,95		1,45		1,21		1,53	

Tabela 35

Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi –
inicjacja pozycji w-h języka

	grupa I	grupa II	grupa III
grupa I	x	0,0689	0,0084
grupa II	0,0689	x	0,1499
grupa III	0,0084	0,1499	x

Na podstawie danych zawartych w tabeli 35 można stwierdzić, że im młodsza grupa, tym tempo inicjacji pozycji w-h języka jest wolniejsze, biorąc pod uwagę średnią. Wyniki testu statystycznego wskazują, że istnieją istotne różnice w tempie inicjacji pozycji w-h języka pomiędzy III i I grupą. Oznacza to, że u osób z grupy III można było szybciej zainicjować pozycję w-h języka niż w grupie I, a różnica jest istotna. Różnice pomiędzy grupą I i II są na granicy poziomu istotności.

4.3.4.3. Inicjacja prawidłowego modelu oddychania

Przyjęłam, że warunkiem uzyskania prawidłowego modelu oddychania jest strukturalna możliwość poboru powietrza drogą nosową, a także umiejętność samodzielnego i swobodnego przyjęcia przez język pozycji w-h lub do niej zbliżonej na polecenie słowne. W przypadku małych dzieci zdarzało się jednak, że inicjowałam pozycję w-h za pomocą szpatułki, w pozycji leżącej. Jeśli na pierwszej wizycie udało się wywołać pozycję w-h, a pacjent swobodnie ją przyjmował i jednocześnie była możliwość poboru powietrza drogą nosową, od razu uczyłam prawidłowego modelu oddychania, a nawet połykania, w szczególności niektóre osoby III grupy.

Nauka prawidłowego modelu oddychania polegała na pokazaniu pacjentowi (i jego rodzicom w przypadku dzieci) kolejnych kroków, a mianowicie: przyjęcia prawidłowej pozycji głowy i całego ciała pacjenta⁵³, ułożenia języka w pozycji w-h, wzniesienia żuchwy i zbliżenia (ale niezaciśnięcia) łuków zębowych, domknięcia dwuwargowego. Ucząc pacjenta tej umiejętności, jednocześnie uczyłam rodziców (i pacjentów dorosłych), w jaki sposób sprawdzić, czy napięcie mięśniowe w przestrzeni ustno-twarzowej jest prawidłowe, a pozycja głowy korzystna dla oddychania i pracy języka. Na tej samej wizycie ustalałam, w jaki sposób ro-

⁵³ Zob. M. CLAUZADE, J.-P. MARTY: *Orthoposturodentie*. Vol. 2. S.E.O.O., Perpignan 2006; T.E. POUNTNEY, C.M. MULCAHY, S.M. CLARKE, E.M. GREEN: *Podejście Chailey do postępowania posturalnego*. Wyjaśnienie teoretycznych aspektów postępowania posturalnego i ich praktycznego zastosowania poprzez terapię i sprzęt. Przeł. A. ABU-ZAITOUN. Red. nauk. M. MATYJA, A. GOGOL. ReHouse – Bilewski, Boryczka, Warszawa 2011.

dzice czy pacjent będą kontrolować oddychanie. Trudności, które obserwowałam, to m.in. ograniczenia ułożenia języka w pozycji w-h wynikające z wąskiego i wysklepionego podniebienia, a także z ankyloglosji, występowanie na podniebieniu twardym elementów aparatu ortodontycznego.

Po zainicjowaniu prawidłowego modelu oddychania (lub nawet wcześniej) zwracałam się do ortodonta (pisemnie, telefonicznie lub za pośrednictwem rodziców pacjenta, jeśli było to dziecko) z prośbą o wspomnienie ćwiczeń oddychania, w szczególności utrzymania prawidłowej pozycji spoczynkowej języka, za pomocą dopasowanego do pacjenta aparatu (zob. p. 4.3.4.6).

Tabela 36

Inicjacja prawidłowego modelu oddychania

Zainicjowanie prawidłowego modelu oddychania	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Nie było potrzeby ćwiczeń oddychania, gdyż pacjent prawidłowo oddychał	4	17,4	1	4,3	4	17,4	9	13,0
Podczas 1 wizyty	2	8,7	10	43,5	12	52,2	24	34,8
Podczas 2 wizyty	9	39,12	7	30,4	7	30,4	23	33,3
Podczas 3 wizyty	3	13,0	4	17,4	0	0,0	7	10,1
Podczas 4 wizyty	3	13,0	1	4,3	0	0,0	4	5,8
Podczas 5 wizyty	2	8,7	0	0,0	0	0,0	2	2,9
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0
Średnia	2,68		1,82		1,37		1,95	

Tabela 37

Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi –
inicjacja prawidłowego modelu oddychania

	grupa I	grupa II	grupa III
grupa I	x	0,0130	0,0001
grupa II	0,0130	x	0,0613
grupa III	0,0001	0,0613	x

Tabela 36 prezentuje wyniki badania tempa wywołania prawidłowego modelu oddychania wraz z pozycją spoczynkową języka, a w tabeli 37 znajdują się wyniki testu statystycznego porównania badanych grup ze względu na ocenianą cechę. Im młodsza grupa, tym tempo zainicjowania prawidłowego modelu oddychania jest wolniejsze, jeśli wziąć pod uwagę średnią. Wyniki testu statystycznego wskazują, że istnieją statystycznie istotne różnice w tempie zainicjo-

wania prawidłowego modelu oddychania pomiędzy I i II grupą, a także pomiędzy grupą I i III. Oznacza to, że u osób z III grupy najszybciej zainicjowano prawidłowy model oddychania, następnie u osób z II grupy i dalej z I grupy, różnice istotne statystycznie dotyczą jednak grupy I i II oraz I i III, a pomiędzy grupą II i III różnice są na granicy poziomu istotności.

4.3.4.4. Inicjacja połykania dojrzałego w sposób mechaniczny

Zgodnie z FTM nauka dojrzałego połykania następuje po inicjacji prawidłowego modelu oddychania. Jeśli jednak pacjent swobodnie potrafił uzyskać wszystkie parametry prawidłowego wzorca oddychania podczas ćwiczeń, od razu podejmowała naukę dojrzałego połykania. Z taką sytuacją miałam do czynienia w szczególności u pacjentów z II i III grupy.

Tabela 38

Inicjacja dojrzałego połykania w sposób mechaniczny

Zainicjowanie prawidłowego połykania w sposób mechaniczny	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Nie było potrzeby ćwiczeń połykania, gdyż pacjent prawidłowo połykał	4	17,4	1	4,3	3	13,0	8	11,6
Podczas 1 wizyty	1	4,3	6	26,1	6	26,1	13	18,8
Podczas 2 wizyty	4	17,4	5	21,7	13	56,5	22	31,9
Podczas 3 wizyty	3	13,0	7	30,4	1	4,3	11	15,9
Podczas 4 wizyty	5	21,7	3	13,0	0	0,0	8	11,6
Podczas 5 wizyty	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Podczas 9 wizyty	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	1,4
Nie wywołałam połykania, gdyż pacjent nie zgłosił się na terapię	5	21,7	1	0,0	0	0,0	6	8,7
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0
Średnia	3,36		2,33		1,75		2,38	

Tabela 39

Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi –
inicjacja dojrzałego połykania w sposób mechaniczny

	grupa I	grupa II	grupa III
grupa I	x	0,0482	0,0011
grupa II	0,0482	x	0,0358
grupa III	0,0011	0,0358	x

Metodę nauki połykania dojrzałego dopasowywałam do pacjenta (np. w pozycji siedzącej, na leżąco, ze szpatułką lub z 2 palcami pacjenta czy logopedy podłożonymi pod język wzniesiony do pozycji w-h). W większości przypadków pomoc polegała na mechanicznym (za pomocą szpatułki) wspieraniu pozycji języka podczas połykania. Uczyłam także opiekunów pacjenta kolejnych kroków związanych z nauką dojrzałego połykania. Opiekun w mojej obecności ćwiczył z dzieckiem, co pozwalało mi na ocenę, czy rodzic i jego dziecko poradzą sobie z ćwiczeniami w domu. Ustalałam z pacjentem okoliczności ćwiczeń w domu (rodzaj pokarmu, czas ćwiczeń, liczbę powtórzeń itp.). Z początku najważniejszym celem ćwiczeń była dokładność, a nie ich liczba. Nie zalecałam ćwiczeń, jeśli rodzic nie potrafił prawidłowo postępować z dzieckiem podczas nauki połykania.

W tabeli 38 zamieszczono dane na temat tempa zainicjowania dojrzałego modelu połykania; z kolei w tabeli 39 znajdują się wyniki testu statystycznego. Im młodsza grupa, tym tempo zainicjowania dojrzałego połykania jest wolniejsze, biorąc pod uwagę średnią. Na podstawie wyników testu statystycznego można powiedzieć, że istnieją statystycznie istotne różnice w tempie zainicjowania dojrzałego połykania pomiędzy wszystkimi badanymi grupami.

4.3.4.5. Inicjacja samodzielnego dojrzałego połykania

Próby połykania samodzielnego były inicjowane w różnym czasie w zależności od badanej grupy. Zdarzało się, że ta umiejętność była wywoływana już na pierwszej wizycie. Podejmowałam próby nauki samodzielnego połykania dojrzałego w sytuacji, gdy pacjent swobodnie, bez wysiłku połykał w sposób prawidłowy ze wsparciem mechanicznym. Poprzez inicjację samodzielnego połykania dojrzałego rozumiem uzyskanie wszystkich parametrów tego modelu przełykania (w szczególności pozycji języka) w sposób samodzielny, ale z nieznacznie rozchyloną jamą ustną w celu kontroli ułożenia języka.

U niektórych pacjentów (np. z wadą doprzednią, zgryzem otwartym) podczas prób samodzielnego język opierał się na zębach, co było także wadliwym modelem połykania, innym jednak niż wzorzec rozpoznany na pierwszej wizycie (np. połykanie dorsalne lub międzyzębowe). Oznacza to pewne przejście z jednej wady w drugą: dorsalne połykanie jest – jak należy sądzić – bardziej szkodliwe niż połykanie typu zębowego w przypadku wady doprzedniej⁵⁴. Do analiz włączyłam tylko takie przypadki, gdy samodzielne połykanie prezentowane przez pacjenta w trakcie ćwiczeń miało wszystkie cechy dojrzałego.

⁵⁴ Zob. specyfikę różnych wad zgryzu i sposoby leczenia ortodontycznego: W.R. PROFFIT, H.W. FIELDS: *Ortodoncja współczesna...*; *Ortodoncja*. T. 2. Red. P. DIEDRICH...; *Zarys współczesnej ortodoncji...*

Tabela 40

Inicjacja samodzielnego dojrzałego połykania

Zainicjowanie samodzielnego dojrzałego połykania	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Nie było potrzeby ćwiczeń połykania dojrzałego, gdyż pacjent prawidłowo połykał	4	17,4	1	4,3	3	13,0	8	11,6
Podczas 1 wizyty	0	0,0	3	13,0	2	8,7	5	7,2
Podczas 2 wizyty	2	8,7	3	13,0	11	47,8	16	23,2
Podczas 3 wizyty	2	8,7	3	13,0	5	21,7	10	14,5
Podczas 4 wizyty	2	8,7	5	21,7	1	4,3	8	11,6
Podczas 5 wizyty	0	0,0	2	8,7	0	0,0	2	2,9
Podczas 6 wizyty	1	4,3	2	8,7	1	4,3	4	5,8
Podczas 7 wizyty	1	4,3	1	4,3	0	0,0	2	2,9
Podczas 9 wizyty	3	13,0	0	0,0	0	0,0	3	4,3
Podczas 14 wizyty	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	1,4
Nie wywołałam połykania, gdyż pacjent nie zgłosił się na terapię	8	34,8	2	8,7	0	0,0	10	14,5
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0
Średnia	5,27		4,05		2,45		3,69	

Tabela 41

Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi –
inicjacja samodzielnego dojrzałego połykania

	grupa I	grupa II	grupa III
grupa I	x	0,2689	0,0004
grupa II	0,2689	x	0,0270
grupa III	0,0004	0,0270	x

Trudności w przechodzeniu z jednego etapu ćwiczeń do kolejnego z uwagi na wywołanie samodzielnego połykania dojrzałego dobrze ilustruje przykład pacjentki dorosłej, która po mechanicznym zainicjowaniu prawidłowego połykania nie zdecydowała się przyjść za 2 tygodnie na wizytę i zgłosiła się dopiero później. Oznajmiła wtedy na wizycie po 4 tygodniach, że już potrafi samodzielnie połykać, tak jak się ze mną uczyła. Gdy sprawdziłam sposób, w jaki to robi, okazało się, że miejsce ułożenia języka nie było prawidłowe, gdyż sięgało daleko w przestrzeń zadiąsłową, dlatego systematyczne wizyty u logopedy są konieczne, aby korygować ewentualne błędy popełniane przez pacjentów.

W tabeli 40 zamieściłam dane na temat tempa zainicjowania samodzielnego dojrzałego połykania. Im młodsza grupa tym tempo wystąpienia tej umiejętności jest wolniejsze od średniej. Wyniki testu wskazują (tabela 41), że istnieją statystycznie istotne różnice w tempie zainicjowania samodzielnego dojrzałego połykania pomiędzy I i III grupą, a także pomiędzy II i III, brak natomiast różnic pomiędzy I i II grupą.

4.3.4.6. Automatyzacja pozycji spoczynkowej języka i połykania

Nauka utrzymania prawidłowej pozycji spoczynkowej języka – jak wynika z badań – może być wspomagana aparatami ortodontycznymi, o czym była mowa w p. 4.3.3. Obserwacje poczynione w toku terapii pokazują, że miejsce mocowania na aparatach ortodontycznych kuleczek do ukierunkowania pracy języka w jamie ustnej czy zapory dla języka nie zawsze koresponduje z ćwiczoną pozycją spoczynkową języka. Bywa, że są umieszczane zbyt daleko w jamie ustnej, co profiluje wertykalną pozycję języka, a nie pozycję w-h. Podobnie bywa z zaporami dla języka, które – jeśli są zbyt wąskie – promują wąski czubek języka, co również nie koresponduje z ćwiczoną pozycją w-h. Z pewnością należałoby podjąć dyskusję z ortodontami w celu ustalenia wzajemnych oczekiwań co do współpracy. W przypadku pacjentów z grupy I i młodszych osób z grupy II za szczególnie pomocne należy uznać stosowanie trenera⁵⁵, jest to jednak sposób nie zawsze możliwy do zastosowania, co wynika z planów leczenia ortodontycznego. Istotna jest także z jednej strony drożność nosa i jamy nosowo-gardłowej⁵⁶, z drugiej zaś prawidłowa ruchomość języka, co ma związek z długością wędzielka języka, o czym już wspominałam.

Doświadczenia, rozmowy z pacjentami poczynione w toku badań pozwalają także na uwagę, że używanie kolców przyklejonych do wewnętrznej powierzchni dolnych siekaczy, np. w wadzie doprzedniej, powinno być poprzedzone nauką pozycji w-h. Wiem też, że pacjenci wkładają język pod kolce, co powoduje, że język leży na dnie jamy ustnej, należy zatem monitorować sposób wykorzystania przez pacjenta takiej (i innej) formy pomocy ortodontycznej.

Wnioski płynące z powyższych uwag są następujące: koniecznie należy nawiązać współpracę z ortodontą, aby wspólnie realizować cele związane z normalizacją czynności prymarnych. Taka współpraca powinna się opierać na poszanowaniu odrębnych dla każdej z dyscyplin – ortodoncji i logopedii – metod postępowania. Nawet najlepszy aparat ukierunkowujący pracę języka w jamie ustnej w celu zajęcia przez ten narząd pozycji w-h nie spowoduje jednak, że dziecko

⁵⁵ Zob. M. ŁUSZCZUK: *Realizacja systemu fonologicznego polszczyzny u dzieci z zaburzeniami artykulacji...*

⁵⁶ Dlatego obiektywna ocena możliwości poboru powietrza przez nos za pomocą nasofiberoskopii jest szczególnie ważna.

będzie oddychać drogą nosową, jeśli pobór powietrza przez ten przewód będzie niemożliwy z powodu przyczyn anatomicznych, związanych z alergią itp., dlatego ucząc prawidłowego modelu oddychania, należy uzyskać wiedzę na temat możliwości oddychania drogą nosową. Jak wynika z moich rozmów z laryngologami, obiektywną metodą badania takiej właściwości w kontekście np. migdałka gardłowego jest wspomniana powyżej nasofiberoskopia⁵⁷. Kolejny warunek wiąże się z możliwością swobodnego utrzymania języka w postulowanej pozycji, co ma związek z długością wędzidełka. Trudno wymagać utrzymywania języka na podniebieniu w obliczu ankyloglosji – to tak, jakby cały czas stać na palcach, aby sięgnąć do sufitu.

Warto zwrócić uwagę, że w przypadku korzystania przez dziecko z aparatu ruchomego zajmującego część jamy ustnej sytuacja jest szczególnie trudna, pacjent ma bowiem zmniejszoną przestrzeń dla pracy języka oraz nie doświadcza kontaktu języka z podniebieniem twardym, ale z tworzywem, z którego zrobiony jest aparat. Co więcej, jeśli lekarz zaleci noszenie aparatu w ciągu dnia, dziecko ma mało czasu na doświadczanie pozycji wertykalno-horyzontalnej języka w warunkach naturalnych, bez sztucznego tworzywa.

Ustalenie, czy i w jakim stopniu pacjenci utrzymują prawidłową pozycję języka podczas oddychania i połykają w prawidłowy⁵⁸ sposób, nie jest łatwe. W przypadku III grupy i starszych dzieci z grupy II uzyskiwałam bezpośrednie relacje na ten temat od pacjentów. Najszybciej zmianę pozycji spoczynkowej z niskiej na prawidłową pacjenci z tych grup uzyskiwali po około 3–4 tygodniach ćwiczeń, a inni potrzebowali więcej czasu. Należy zauważyć, że stosowałam różnego rodzaju metody wspomagające utrzymanie pozycji spoczynkowej języka, o czym była mowa w p. 4.3.3, a także zalecałam inne, logopedyczne sposoby automatyzowania pozycji spoczynkowej⁵⁹.

W przypadku młodszych pacjentów dane o sposobie oddychania zbierałam od rodziców dzieci, ale – jak sądzę – jedną z najbardziej obiektywnych metod sprawdzenia pracy języka były informacje od ortodontów, jakie przekazywali mi rodzice. Okazywało się, że zmiana pozycji języka i ćwiczenia połykania powodowały zwiększenie efektywności leczenia ortodontycznego lub np. zmniejszenie się zgryzu otwartego (bez zakładania aparatu), nie jest to jednak pełna informacja na temat zmiany pozycji języka. W przyszłości należałoby tak zaprojektować badania, aby powiązać logopedyczną ocenę utrzymania pozycji spoczynkowej języka i połykania z wynikami leczenia ortodontycznego.

⁵⁷ Zob. np. M. HORTIS-DZIERZBICKA: *Nasofiberoskopia w ocenie zastosowania płata gardłowego w niewydolności podniebiennie-gardłowej u pacjentów z rozszczepem podniebienia*. Borgis, Warszawa 2004.

⁵⁸ Po ćwiczeniach samodzielnego połykania następuje etap stopniowego wprowadzania nowego modelu połykania w trakcie posiłków z wykorzystaniem różnych pokarmów.

⁵⁹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 262–264.

4.3.5. Okoliczności wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej

Niniejszy punkt dotyczy następujących problemów badawczych:

1. *Jakie jest tempo wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej w zależności od grupy I, II i III?*
2. *Jakie głoski są wywoływane jako pierwsze i w jakim zakresie pacjenci prezentują warunki progowe sprawności narządów mowy, które umożliwiają wywołanie wybranej do ćwiczeń głoski?*
3. *Jakie są najczęściej stosowane metody i ramy wywoływanych głosek ze względu na rodzaj głoski w przypadku pierwszej głoski I fazy fonetycznej w zależności od grupy I, II i III?*
4. *Jaka jest jakość wywoływanej pierwszej głoski I fazy fonetycznej ze względu na normę przyjętego systemu fonetycznego w zależności od grupy I, II i III? Jeśli wywołane głoski są nienormatywne, to dlaczego?*

Wywoływanie głoski to określenie używane w logopedii w kontekście nauki dźwięków mowy podczas terapii logopedycznej. Tradycyjnie rozumie się ten zwrot jako wypowiedzenie przez pacjenta podczas terapii głoski, która jest przedmiotem ćwiczeń. Jest to moment oczekiwany przez pacjentów i ich opiekunów. Co więcej, efektywność terapii logopedycznej postrzega się często przez tempo i łatwość wywoływania głosek, co wiąże się przede wszystkim z umiejętnościami logopedów. Zapomina się o tym, że szybkość wywołania głoski w znacznej mierze zależy od jakości narządów mowy, jakimi dysponuje pacjent, oraz rodzaju objawu zaburzeń mowy, a także od rodzaju głoski wybranej do pracy. Wszak dźwięk – także dźwięk mowy – jest funkcją użytych narzędzi oraz – jak można przypuszczać – zależy również od innych jeszcze właściwości rozwoju psychomotorycznego. Nie oznacza to, że umiejętności logopedy nie są ważne. W powszechnej jednak opinii skuteczny logopeda to ten, który potrafi szybko nauczyć głoski, na zasadzie „nie ma głoski – jest głoska”. To swoiste czary i sztuczki – jak się wydaje młodym logopedom – obserwowane podczas terapii. Rozważania zawarte w tym punkcie będą się zatem wiązać z okolicznościami wywoływania poszczególnych głosek, a co za tym idzie – staną się punktem wyjścia do analiz i interpretacji „czarów i sztuczek”⁶⁰ związanych z tym etapem pracy (zob. p. 5.4, 5.5).

Kolejne punkty ukazują wybrane, a w moim rozumieniu istotne parametry wywoływania pierwszej głoski. Są nimi:

- tempo wywoływania mierzone liczbą wizyt potrzebnych do wywołania głoski będącej przedmiotem pracy, licząc od pierwszej wizyty u logopedy,

⁶⁰ Zob. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Czy logopeda wywołuje głoski?* „Logopedia”. T. 41/2012, s. 42–69; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O „czarach i sztuczkach” podczas wywoływania głosek...*

- rodzaj głoski inicjującej naprawę zaburzonego systemu fonetycznego (czyli pierwsza głoska I fazy fonetycznej), co ma związek z zastosowaną sekwencją terapii głosek,
- uzyskanie warunków progowych wywoływania danej głoski,
- metoda i rama wywoływanej głoski,
- jakość wywoływanych głosek.

4.3.5.1. Tempo wywołania pierwszej głoski

Tabela 42 prezentuje dane na temat czasu wywołania pierwszej głoski z wykorzystaniem wskaźnika obliczonego na podstawie informacji, podczas której wizyty – licząc od początku terapii – wywołano pierwszą głoskę. Uznawałam, że głoska będąca przedmiotem pracy jest wywołana, jeśli ją usłyszałam i jednocześnie sprawdziłam jej budowę artykulacyjną za pomocą wzroku (podobnie jak badałam głoski podczas diagnozy, a także sprawdzania jakości głosek powstałych u pacjenta jako efektu samoregulacji, p. 4.3.9).

Tabela 42

Wywołanie pierwszej głoski I fazy fonetycznej

Czas wywołania pierwszej głoski	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Podczas 1 wizyty	6	26,1	5	21,7	7	30,4	18	26,1
Podczas 2 wizyty	8	34,8	8	30,4	10	43,5	26	36,2
Podczas 3 wizyty	4	17,4	8	34,8	6	26,1	18	26,1
Podczas 4 wizyty	4	17,4	0	4,3	0	0,0	4	7,2
Podczas 5 wizyty	1	4,3	2	8,7	0	0,0	3	4,3
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0
Średnia	2,39		2,39		1,96		2,25	

Tabela 43

Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi –
wywołanie pierwszej głoski I fazy fonetycznej

	grupa I	grupa II	grupa III
grupa I	x	1,0000	0,1539
grupa II	1,0000	x	0,1354
grupa III	0,1539	0,1354	x

Tempo wywołania pierwszej głoski zwiększa się wraz z wiekiem pacjentów, co ukazują średnie, brak jednak różnic statystycznych pomiędzy badanymi

grupami (tabela 43). Powyższe dane należy skonfrontować z rodzajem wywoływanych głosek w poszczególnych grupach, a także warunkami anatomicznymi i czynnościowymi pacjentów podanych terapii. W I grupie były to głoski [f, n, c, l, č, k], w II grupie [n, t, c, l, r, č, š], a w III [n, c, l, r, č, š]. W grupie I wśród wywoływanych jako pierwsze głosek znalazły się [f, k], a zatem niewymagające uzyskania pozycji w-h języka, chociaż nie oznacza to, iż są to dźwięki mowy łatwe do uzyskania dla wszystkich dzieci.

4.3.5.2. Rodzaj głoski inicjującej naprawę zaburzonego systemu fonetycznego

Zgodnie z założeniami SMURF rodzaj wywoływanej głoski nie był przypadkowy, ale wynikał z zastosowanej sekwencji terapii głosek – rozwojowej lub terapeutycznej albo mieszanej. Oznacza to, że wybór głoski inicjującej proces naprawy uszkodzonego systemu fonetycznego łączył się z analizą wyników wstępnej diagnozy, w szczególności objawu i stwierdzonych przyczyn zaburzeń, z wykorzystaniem wiedzy lingwistycznej, logopedycznej, biologicznej, medycznej i psychologicznej. To ważny etap terapii.

Wybierając głoskę do ćwiczeń, prowadziłam zatem co najmniej 3 rodzaje analiz: fonetyczną, logopedyczną i biologiczną (potrafię to robić bardzo szybko, gdyż od lat posługuję się takim modelem pracy, dane na temat istoty takich analiz zostały także zawarte w innych publikacjach⁶¹). Pierwsza z nich dotyczy architektury zaburzonego systemu fonetycznego. Uznaję bowiem, że ważne dla zaprojektowania kolejności terapii głosek jest rozpatrzenie objawu w postaci określenia obserwowanych tendencji, powiązań między wadliwymi głoskami i między dostrzeżonymi nienormalnymi cechami fonetycznymi. Komentowałam ten temat w 2007 roku, kiedy opublikowałam objawową typologię dyslalii (wykorzystując termin *wymiary głoski*), umożliwiającą analizę całego systemu fonetycznego osoby z zaburzeniami realizacji fonemów. Pisałam wtedy, że zaprezentowana klasyfikacja jest: „[...] próbą uwzględnienia złożoności i wielości zaburzeń w dyslalii oraz dokonania pewnego wglądu w zaburzoną strukturę systemu fonetycznego”⁶². Podkreślałam, że w analizach nienormalnych realizacji fonemów: „[...] należy brać pod uwagę strukturę zaburzenia występującego na tle całego systemu fonetycznego danej osoby, a mówiąc jeszcze inaczej, [...] mozaikę / kompozycję / architekturę / system występujących zaburzeń”⁶³.

⁶¹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: „Wymiary głoski” – jako istotne elementy poznania – podstawą kategoryzacji dyslalii. *Próba opisu*. „Logopedia”. T. 36/2007, s. 51–76; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*

⁶² D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: „Wymiary głoski” – jako istotne elementy poznania..., s. 63.

⁶³ Ibidem, s. 67 (podkr. D.P.-W.).

Wykorzystałam tę propozycję także w analizach dyslalii w monografiach z 2013 i 2017 roku⁶⁴. Istotne jest jednak to, że postawiona hipoteza na temat wskazanych zależności pomiędzy nienormalnymi głoskami i pomiędzy nienormalnymi cechami fonetycznymi została potwierdzona w badaniach i analizach statystycznych Barbary Sambor, która stwierdza między innymi:

„Wysoki poziom ($0,5 < |r| \leq 0,7$) lub bardzo wysoki ($0,7 < |r| \leq 0,9$) poziom korelacji zanotowano pomiędzy występowaniem nienormalnych realizacji fonemów:

- /t, d/ i /n/
- /t, d/ i /ɲ/
- /ɲ/ i /ń/
- pomiędzy realizacjami wszystkich fonemów wargowych (uszeregowanych w grupach /p, b/, /m/, /ɱ/),

a także:

Wysoki poziom istotności statystycznej ($p < 0,001$) oraz wyraźną zależność (umiarkowany poziom korelacji $0,3 < |r| \leq 0,5$) zanotowano pomiędzy występowaniem nienormalnych realizacji fonemów:

- /ń/ i /ś, ź, ć, ź/
- /ɲ/ i /ś, ź, ć, ź/
- /t, d/ i /ś, ź, ć, ź/, /s, z, c, ʒ/, /ń/ oraz /ɲ/
- /n/ i /ś, ź, ć, ź/, /s, z, c, ʒ/, /ń/ oraz /ɲ/
- /l/ i /ɲ/
- /ś, ź, ć, ź/ i /ś, ź, ć, ʒ/
- /s, z, c, ʒ/ i /ś, ź, ć, ź/
- /m/ i /ń/
- /ɱ/ i /m/.

Istotność statystyczną oraz wyraźne zależności przy niskich poziomach korelacji $0,1 < |r| < 0,3$ zanotowano dla realizacji fonemów:

- /f, v/ i /p, b/
- /k, g, χ/ i /l/, /ɲ/, /ś, ź, ć, ź/
- /p, b/ i /r/
- /t, d/ i /l/
- /n/ i /l/
- /t, d/ i /ś, ź, ć, ʒ/
- /r/ i /s, z, c, ʒ/

⁶⁴ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*, D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*

- /r/ i /l/
- /l/ i /š, ž, č, ž/, /š, ž, č, ž/
- /s, z, c, ʒ/ oraz /ń/.

Zależność na pograniczu istotności przy niskiej korelacji zaobserwowano odnośnie:

- /k, g, ɣ/ i /n/, /ń/ oraz /š, ž, č, ʒ/⁶⁵.

Interpretując odkryte zależności, autorka wskazuje na czynniki biologiczne, które determinują biomechanikę tworzonych głosek nie tylko w odniesieniu do jednej czy kilku głosek, ale całego systemu⁶⁶, dlatego nie dziwią mnie wyniki oceny samogłosek, a także śródwymawianiowej pozycji języka w badanej grupie, które świadczą o uszkodzeniu całej motoryki artykulacji u większości badanych osób. Na problem ten w aspekcie wymowy grzbietowej zwracali uwagę Anita Trochymiuk i Radosław Święciński⁶⁷.

Inauguracja terapii głosek od naprawy systemu wokalicznego wydaje się trudniejsza niż w przypadku rozpoczynania od spółgłosek. Ma to związek z różnicami pomiędzy budową artykulacyjną samogłosek oraz spółgłosek, przy istnieniu odmienności funkcjonalnych i akustycznych, jak również w zakresie udziału wiązań głosowych⁶⁸. Podstawowa różnica dotyczy – mówiąc ogólnie – braku zwarć i szczelin w kształtowaniu kanału artykulacyjnego w jego środkowej płaszczyźnie podczas wymawiania samogłosek. Inaczej jest z wymawianiem spółgłosek, których istota budowy artykulacyjnej związana jest z wytworzeniem zwarcia lub szczeliny za pomocą ruchomych i nieruchomych narządów mowy. Przekładając to na układ, pozycję i ruch np. języka – jako głównego modulatora

⁶⁵ B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów...*, s. 212–213.

⁶⁶ Autorka pisze: „Powyższe wyniki wskazują na występowanie głębokich, choć nie zawsze bezpośrednich zależności pomiędzy nienormatywnymi realizacjami pozornie bardzo różniących się od siebie fonemów/grup fonemów. [...] Zależności te są uzasadnione biologicznie: odmienne użycie mięśni wewnętrznych i zewnętrznych języka, warg, żuchwy, mięśni podniebienia miękkiego i gardła w trakcie czynności prymarnych (spowodowane wadą anatomiczną, dysfunkcją oddychania lub jakąś parafunkcją – chociażby nawykowym gryzieniem ołówka czy uporczywym dotykiem ubytku lub aparatu retencyjnego wewnątrz jamy ustnej) powoduje zmiany w całej biomechanice artykulacji (por. np. uwagi na temat patogenezy tzw. mówienia ze szczękością – Sambor 2015, 2016)”. Ibidem, s. 213–214.

⁶⁷ A. TROCHYMIUK, R. ŚWIĘCIŃSKI: *Artykulograficzne badanie wymowy grzbietowej...*, s. 173–201.

⁶⁸ Samogłoski są dźwięczne i nie mają bezdźwięcznych odpowiedników; z kolei prawie wszystkie spółgłoski (z wyjątkiem sonornych) można uporządkować w opozycyjne pary: dźwięczna – bezdźwięczna. Zob. B. WIERZCHOWSKA: *Wymowa polska*. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1965, s. 69; D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*. PWN, Warszawa 2012, s. 30–31.

powietrza artykulacyjnego – w kontekście zmiany wadliwej pozycji i kształtu języka należy podkreślić, że z punktu widzenia metodyki pracy, łatwiej jest używać prawidłową pozycję języka podczas wymowy spółgłosek niż samogłosek, pacjent otrzymuje bowiem jasną instrukcję w postaci wskazania, która część języka ma się kontaktować z daną częścią jamy ustnej.

Obserwacje prowadzone w toku terapii pozwalają na uwagę, że pod wpływem zmian miejsca artykulacji spółgłosek (z wadliwych na prawidłowe) obserwowałam także modyfikacje samogłosek i śródwymawianiowej pozycji języka, problem ten należałoby jednak zweryfikować za pomocą specjalnie zaprojektowanych badań.

Wracając do zagadnienia analiz, które przydadzą się w wyborze sekwencji terapii głosek, należy podkreślić znaczenie porównania ogólnej motoryki narządów mowy prezentowanej u pacjenta podczas artykulacji (na podstawie analizy architektury systemu fonetycznego pacjenta z uwzględnieniem powiązań między głoskami oraz cechami fonetycznymi) z ustaleniami dotyczącymi warunków anatomicznych i czynnościowych narządów mowy, co ma związek z motoryką prymarną. Motoryka prymarna kształtuje się/jest ukształtowana w związku z czynnościami biologicznymi, w szczególności zaś z oddychaniem, połykaniem, żuciem wraz z warunkami anatomicznymi, w których przebiegają.

Na podstawie wiedzy o kształtowaniu się systemu fonetycznego w normie i patologii, a także fizjologii i patofizjologii czynności prymarnych i artykulacji, jak również wiedzy metodycznej na temat usprawnienia realizacji fonemów oraz doniesień płynących z innych gałęzi wiedzy, wybierałam sekwencję terapii głosek dopasowaną do konkretnego pacjenta⁶⁹. Nie ma tu idealnych recept, ponieważ każdy pacjent jest inny, pomimo że skategoryzujemy jego wadę wymowy w postaci nazwy jednostki nozologicznej takiej samej jak u innego pacjenta. Do przywołanych powyżej analiz wracałam podczas terapii, co wiązało się z bieżącą diagnozą, która uzupełniała wstępne rozpoznanie.

Wybór pierwszej głoski do ćwiczeń wiązał się zatem z wskazanymi powyżej analizami i nie był przypadkowy. Po ustaleniu rodzaju głoski, która według mnie była najkorzystniejsza, przeprowadzałam rodzaj sondy, która ostatecznie weryfikowała mój wybór. Miała ona dać odpowiedź na pytanie, czy pacjent posiada warunki progowe sprawności narządów mowy, które umożliwiają wywołanie wybranej głoski, czy wywołanie tego dźwięku mowy jest w ogóle możliwe u danego pacjenta. Pod wpływem takiej próby czasami zmieniałam rodzaj głoski przeznaczonej do ćwiczeń, np. zamiast planowanej głoski [l], która – wbrew pozorom – nie zawsze jest łatwa do nauki, wywoływałam [n]. Podobna sytuacja występowała w odniesieniu do zaplanowanej głoski [č] – zmieniałam czasami podjęty wybór i wywoływałam [n].

⁶⁹ Propozycje takich sekwencji terapii głosek wraz z ich uzasadnieniem przedstawiłam w monografii *Dyslalia obwodowa...*, s. 309–316.

W badanej grupie jako pierwsze (różne w zależności od pacjenta) zostały wywołane następujące głoski: [f], [n], [t], [c], [l], [r], [č], [š], [k]; szczegółowe dane zawiera tabela 44. Należy zauważyć, że raz ustalona kolejność terapii głosek nie była niezmienna, ponieważ obraz objawów i ich przyczyn zmieniał się z wizyty na wizytę, co ma związek z efektem domina i samoregulacją (zob. p. 3.8.3 – schemat wizyty terapeutycznej, a także p. 4.3.9). Zdarzyło się również, że dziecko bardzo pragnęło nauczyć się mówić [r], dlatego zdecydowałam się na zmianę kolejności ćwiczeń i jako pierwszą wywoływałam tę głoskę. Uznałam, że w tym przypadku motywacja dziecka będzie jedną z gwarancji sukcesu, co zresztą potwierdzało się podczas terapii.

Tabela 44

Rodzaj pierwszej wywoływanej głoski

Rodzaj głoski inicjującej naprawę zaburzonego systemu fonetycznego	Grupa I N: 23		Grupa II N: 23		Grupa III N: 23		Razem N: 69	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
[f]	2	8,7	0	0,0	0	0,0	2	2,9
[n]	1	4,3	1	4,3	2	8,7	4	5,8
[t]	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	1,4
[c]	3	13,0	1	4,3	1	4,3	5	7,2
[l]	10	43,5	10	43,5	8	34,8	28	40,6
[r]	0	0,0	2	8,7	2	8,7	4	5,8
[č]	5	21,7	7	30,4	9	39,1	21	30,4
[š]	0	0,0	1	4,3	1	4,3	2	2,9
[k]	2	8,7	0	0,0	0	0,0	2	2,9
Razem	23	100,0	23	100,0	23	100,0	69	100,0

Uwagę zwraca wywoływanie jako pierwszej spółgłoski zwarto-szczelinowej spośród głosek dentalizowanych zębowych i dźwiękowych, co stoi w sprzeczności z popularną regułą metodyczną – ale nieudowodnioną w badaniach naukowych – opisaną przez np. Genowefę Demel (zob. p. 2.2.3.6). Na temat wyboru spółgłoski zwarto-szczelinowej do inicjacji pracy nad poszczególnymi grupami głosek dentalizowanych będzie jeszcze mowa w p. 4.3.8⁷⁰.

⁷⁰ Zob. także D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Wywoływanie głosek – w izolacji czy w sylabie?* „Forum Logopedyczne”, nr 22/2014, s. 51–60; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*

4.3.5.3. Warunki progowe wywoływanych głosek

Ten etap wiąże się także – o czym była już mowa – z przeprowadzaniem sondy, która pokazuje, czy wybrana głoska lub – przyjmując inną perspektywę – cecha fonetyczna do ćwiczeń jest możliwa do nauki u danego pacjenta. Innymi słowy, poszukiwałam odpowiedzi na pytanie, czy – przy zastosowaniu perspektywy L. Wygotskiego⁷¹ – wybrana do nauki głoska znajduje się w sferze najbliższego rozwoju danego pacjenta⁷².

Poniżej przedstawiam zestawienie ukazujące, czy i w jakim zakresie u pacjentów, u których wywoływałam daną głoskę jako pierwszą, występowały warunki progowe konieczne do wywołania danej głoski (zob. uwagi na temat przecięcia wędzidełka języka, p. 4.3.3):

- [f]: u pacjentów można było przycisnąć wargę dolną do górnych zębów;
- [n]: pacjenci potrafili przyjąć ćwiczoną wcześniej pozycję w-h języka, która stała się osnową wywołania [n]; drożność nosa była prawidłowa;
- [t]: pacjent potrafił przyjąć ćwiczoną wcześniej pozycję w-h języka, która stała się osnową wywołania [t]; warto zauważyć, że u pacjenta występowała przyzębowość przy realizacji fonemu /t/;
- [c]: pacjenci potrafili prawidłowo wymawiać [t], która stała się osnową wywołania [c];
- [l]: pacjenci potrafili przyjąć ćwiczoną wcześniej pozycję w-h języka lub do niej zbliżoną, która stała się osnową wywołania [l];
- [r]: pacjenci potrafili przyjąć ćwiczoną wcześniej pozycję w-h języka, która stała się osnową wywołania [r]; potrafili prawidłowo wymawiać [t, d], co stało się także pomocne podczas wywoływania [r];
- [č]: pacjenci potrafili przyjąć ćwiczoną wcześniej pozycję w-h języka oraz wymawiali głoskę [t] lub artykułowali ją w formie np. przyzębowej; głoski te stały się osnową wywołania [č];
- [š]: pacjenci potrafili przyjąć ćwiczoną wcześniej pozycję w-h języka, która stała się osnową wywołania [š];
- [k]: pacjenci potrafili wymawiać [t] lub chrapać w sposób ustny, co stało się osnową wywołania [k].

Powyższe zestawienie pokazuje, że pacjenci posiadali warunki progowe wywoływania planowanych głosek, a ćwiczona pozycja w-h języka – lub do niej zbliżona – stała się dla wielu z nich podstawą czy też jednym z ważniejszych wątków wywoływania [n], [t], [l], [r], [č], [š].

Nie prowadziłam nieartykulacyjnych ćwiczeń narządów mowy – NČNM, takich jak np. dmuchanie (wszyscy pacjenci potrafili to robić, co oznacza, że

⁷¹ L. WYGOTSKI: *Wybrane prace psychologiczne 2. Dzieciństwo i dorastanie*. Red. A. BRZEZIŃSKA, M. MARCHOW. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2002.

⁷² Więcej: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 190–193.

występowały jedne z warunków progowych wywoływania głosek ustnych), nie ćwiczyłam także zaokrąglania warg, ponieważ wszyscy pacjenci to robili, także w nienormatywnych realizacjach fonemów. Istotna jest także metoda wywoływania głosek dentalizowanych dźwiękowych i zębowych. Rozpoczyłam zazwyczaj od głoski zwarto-szczelinowej bezdźwięcznej, a zatem korzystałam z mocnej strony pacjenta – głoski [t] – co oznacza, że bazą stawały się umiejętności fonetyczne, które są z nią związane, np. kierowanie strumienia powietrza do jamy ustnej i na przednią część języka, wzniesienie języka do wariantu pozycji w-h.

Głoskę [f] wywoływałam w różny sposób (zob. p. 4.3.5.4), a zatem w trakcie pracy modyfikowałam sposób postępowania, np. – gdy była potrzeba – uczyłam dziecko podkładania wargi dolnej pod górne zęby. Wywołanie głoski [r] wiązało się z różnymi działaniami, które opisałam w książce *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, a jednym z warunków progowych jest umiejętność przyjęcia pozycji w-h i dostateczna długość wędzi-dełka języka (zob. p. 4.3.3).

4.3.5.4. Metoda i rama wywołanej głoski

Podstawową osnową mojego myślenia o wywoływaniu głosek jest teza wyrażona w sposób metaforyczny: w istocie logopeda wywołuje cechę lub cechy fonetyczne, które są nienormatywne w danej realizacji fonemu⁷³. To swoista wymiana cechy nienormatywnej na normatywną lub cech nienormatywnych na normatywne. Oczywiście, że efektem zabiegów logopedy jest nowa głoska, taka wykładnia wywoływania głosek w dyslalii ma jednak zwrócić uwagę na znaczenie myślenia strategicznego, którego kanwą jest uznanie, że za każdą cechą fonetyczną odnajdujemy układ, pozycje i ruchy narządów mowy. Ten sposób myślenia prowadzi do poszukiwania odpowiedzi na pytanie, jaką aktywność w obrębie toru głosowo-artykulacyjnego zaproponować pacjentowi, aby sprowokować go do wypowiedzenia głoski będącej przedmiotem ćwiczeń. Droga do nowej głoski może być różna. Konsekwencją przyjęcia interpretacji wywoływania głoski w postaci wywoływania cechy fonetycznej, a także związanego z tym podejścia metodycznego jest – jak sądzę – możliwość wywoływania na jednej wizycie więcej niż jednej głoski o tym samym miejscu artykulacji, co obserwowałam podczas badań (zob. p. 4.3.7). Oznacza to systemowe, a nie fragmentaryczne (bo dotyczące jednej głoski) podejście do terapii zaburzeń artykulacji. Pierwsze z nich polega na jednoczesnej pracy nad kilkoma głoskami, które posiadają jakąś cechę wspólną (np. miejsce artykulacji), co łączy się z budowaniem wiedzy pacjenta na temat powiązań pomiędzy głoskami (czyli wiedzy o systemie fone-

⁷³ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Czy logopeda wywołuje głoski?...*, s. 42–69; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 279–284.

tycznym); drugie zaś łączy się z interwencją tradycyjną, która polega na pracy nad jedną głoską. Nie z wszystkimi pacjentami terapia systemowa była możliwa (zob. także p. 5.3). Problem ten z pewnością wymaga dalszych specjalnie zaprojektowanych badań.

Aby ukazać kulisy myślenia strategicznego związanego z wywoływaniem głoski, w odmienny niż dotychczas sposób skategoryzowałam sposób podejścia do projektowania działań związanych z wywoływaniem głosek (podział na metodę analityczną i metodę syntetyczną czy – może lepiej – podejście analityczne i podejście syntetyczne), o czym była mowa w p. 3.3⁷⁴. Pomimo wyróżnień teoretycznych w trakcie pracy z pacjentem oba podejścia – analityczne i syntetyczne – są stosowane w różnej proporcji jednocześnie i trudno jest ukazać rodzaj oraz dynamikę zmian aktywności logopedy pod wpływem obserwowanych w toku pracy zmian w uzyskiwaniu wywoływanego dźwięku. Logopeda dopasowuje bowiem swoje działania do obserwowanej aktywności pacjenta, która wynika z kierowanych do niego instrukcji i innej pomocy w postaci, np. przytrzymania języka, podłożenia paseczka papierka przed miejscem kontaktu języka z górnymi zębami itp. Dlatego w analizach ukazujących metody wywoływania poszczególnych głosek wyróżniłam – zdając sobie sprawę z przyjętych uproszczeń – następujące kategorie: preferencję metody analitycznej (PMA), preferencję metody syntetycznej (PMS) i metodę analityczno-syntetyczną (MAS).

Poniższe tabele przedstawiają metody i ramy wywoływanych głosek. Nie są one jednakowe dla wszystkich pacjentów i dla wszystkich wywoływanych głosek. Oznacza to, że metodę i ramę wywoływanych głosek dopasowywałam do pacjenta. Jak wynika z tabeli 45, wywoływałam głoski w różnych ramach, czyli w różnym otoczeniu fonetycznym. Na przykład u jednych pacjentów w nagłosie sylab otwartych (SO), u innych w izolacji, a potem wprowadzałam głoskę do sylab zamkniętych (ISZ): u niektórych nowa głoska pojawiała się w śródgłosie (Ś) czy nawet w grupie spółgłoskowej (GS), u jeszcze innych osób wywoływałam głoskę w izolacji i następnie wprowadzałam ją do nagłosu (ISO).

Z danych zawartych w tabeli 45 wynika, że najczęściej stosowałam PMA, następnie PMS i dalej MAS, powyższe dane należy jednak skonfrontować z rodzajem wywoływanej głoski (zob. tabele 46–54) oraz liczbą osób, w przypadku których dana strategia była zastosowana. Najczęściej pierwszą głoskę I fazy fonetycznej wywoływałam w sylabie otwartej, następnie w izolacji i wprowadzałam ją do wygłosu sylab, a dalej w grupie spółgłoskowej, w izolacji, a następnie wprowadzałam głoskę do nagłosu sylab otwartych; najrzadziej wykorzystywałam śródgłos do wywołania pierwszej głoski. Dane te należy również zestawić z rodzajem wywoływanych głosek, pamiętając, że były to głoski inicjujące I fazę fonetyczną. Nie można zatem na podstawie tej analizy orzekać o tym, jaka metoda i jaka rama

⁷⁴ Więcej: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 340–379. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *Vademecum wywoływania głosek*, w przygotowaniu.

wywoływanych głosek były najczęściej stosowane podczas całej terapii. Z całą pewnością można jednak orzekać o tym, że w wywoływaniu pierwszych głosek stosowałam nie tylko różne metody, ale także różne ramy wywoływanych głosek. Oznacza to, że z jednej strony wykorzystany styl pracy był efektem dopasowania metody pracy do pacjenta (pewnie też do preferencji logopedy), z drugiej zaś, że nie sprawdziły się zalecane przez różnych autorów tzw. nieprzekraczalne reguły metodyczne (zob. p. 2.2.3.6). Osobiście taki wynik mnie nie dziwi.

Tabela 45

Metody i ramy pierwszych wywoływanych głosek

Grupa	Metoda a rama wywoływanych głosek																	
	Metoda							Rama										
	PMA		PMS		MAS		Razem	ISZ		ISO		SO		Ś		GS		Razem
	l	%	l	%	l	%	l	l	%	l	%	l	%	l	%	l	%	l
I	12	52,2	11	47,8	0	0,0	23	11	47,8	0	0,0	11	47,8	1	4,3	0	0,0	23
II	13	56,5	8	34,8	2	8,7	23	6	26,1	1	4,3	14	60,9	0	0,0	2	8,7	23
III	12	52,2	9	39,1	2	8,7	23	6	26,1	1	4,3	14	60,9	0	0,0	2	8,7	23
Razem	37	53,6	28	40,6	4	5,8	69	23	33,3	2	2,9	39	56,5	1	1,4	4	5,8	69

W tabelach 46–54 zawarte są analizy przedstawiające informacje na temat poszczególnych głosek, a pod spodem każdej tabeli opisane są w sposób skrótowy metody wywoływania danej głoski.

Tabela 46

Metody i ramy wywoływanej głoski [f]

Grupa	Metoda a rama wywoływanej głoski [f]									
	Metoda				Rama					
	PMA	PMS	MAS	Razem	ISZ	ISO	SO	Ś	GS	Razem
	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l
I	1	1	0	2	2	0	0	0	0	2
II	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Razem	1	1	0	2	2	0	0	0	0	2

PMA: dziecko podkłada wargę dolną pod górne zęby, logopeda poleca wymówić [f] lub dmuchać i jednocześnie przytrzymywać dolną wargę górnymi zębami. Polecenie dla dziecka: „Podłóż wargę dolną pod górne zęby i dmuchaj” lub „Podłóż wargę dolną pod górne zęby i powiedz [f]”. Zamiast zwrotu „Podłóż wargę dolną pod górne zęby” można też powiedzieć: „Zrób minę zajączka”.

PMS: pacjent dmucha, a w tym czasie logopeda lub samo dziecko przyciska dolną wargę do górnych zębów.

Tabela 47

Metody i ramy wywoływanej głoski [n]

Grupa	Metoda a rama wywoływanej głoski [n]									
	Metoda				Rama					
	PMA	PMS	MAS	Razem	ISZ	ISO	SO	Ś	GS	Razem
	l	l	l	l	l	l	l	l.	l	l
I	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1
II	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1
III	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2
Razem	4	0	0	4	4	0	0	0	0	4

PMA: pacjent przyjmuje pozycję w-h języka, przesuwając nieco język, aby uzyskać prawidłowe miejsce artykulacji, i uruchamia struny głosowe.

Tabela 48

Metody i ramy wywoływanej głoski [t]

Grupa	Metoda a rama wywoływanej głoski [t]									
	Metoda				Rama					
	PMA	PMS	MAS	Razem	ISZ	ISO	SO	Ś	GS	Razem
	l	l	l	l	l	l	l	l.	l	l
I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1
III	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Razem	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1

PMA: pacjent układa język w pozycji w-h, przesuwając nieco język, aby uzyskać prawidłowe miejsce artykulacji i wymawia [ta] lub [ty], [te].

Tabela 49

Metody i ramy wywoływanej głoski [c]

Grupa	Metoda a rama wywoływanej głoski [c]									
	Metoda				Rama					
	PMA	PMS	MAS	Razem	ISZ	ISO	SO	Ś	GS	Razem
	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l
I	0	3	0	3	3	0	0	0	0	3
II	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1
III	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1
Razem	0	5	0	5	5	0	0	0	0	5

PMS: przekształcanie [t] w głoskę [c].

Tabela 50

Metody i ramy wywoływanej głoski [l]

Grupa	Metoda a rama wywoływanej głoski [l]									
	Metoda				Rama					
	PMA	PMS	MAS	Razem	ISZ	ISO	SO	Ś	GS	Razem
	l	l	l	l	l	l	l	l.	l	l
I	10	0	0	10	4	0	6	0	0	10
II	10	0	0	10	1	1	8	0	0	10
III	8	0	0	8	2	0	6	0	0	8
Razem	28	0	0	28	7	1	20	0	0	28

PMA: 1) układanie języka w pozycji w-h i polecenie powiedzenia np. sylaby [la] lub [al], 2) układanie języka w pozycji w-h i uruchamianie wiązań głosowych (wcześniej uświadamiamy pacjentowi praktycznie, jak pracują struny głosowe za pomocą palców przyłożonych do krtani); pacjent z początku nie musi sobie zdawać sprawy, że ćwiczymy [l], co ułatwia mu wypowiedzenie tej głoski w izolacji.

Tabela 51

Metody i ramy wywoływanej głoski [r]

Grupa	Metoda a rama wywoływanej głoski [r]									
	Metoda				Rama					
	PMA	PMS	MAS	Razem	ISZ	ISO	SO	Ś	GS	Razem
	l	l	l	l	l	l	l	l.	l.	l
I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
III	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
Razem	0	0	4	4	0	0	0	0	4	4

MAS: „sklejanie” i przekształcanie różnych umiejętności, w tym w szczególności w-h pozycji języka, głoski [t], [d], przy luźnym apleksie (istotna jest długość wędzidełka języka).

Tabela 52

Metody i ramy wywoływanej głoski [č]

Grupa	Metoda a rama wywoływanej głoski [č]									
	Metoda				Rama					
	PMA	PMS	MAS	Razem	ISZ	ISO	SO	Ś	GS	Razem
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
I	0	5	0	5	0	0	5	0	0	5
II	0	7	0	7	2	0	5	0	0	7
III	1	8	0	9	1	0	8	0	0	9
Razem	1	20	0	21	3	0	18	0	0	21

PMS: przekształcanie [t] w [č].

Tabela 53

Metody i ramy wywoływanej głoski [š]

Grupa	Metoda a rama wywoływanej głoski [š]									
	Metoda				Rama					
	PMA	PMS	MAS	Razem	ISZ	ISO	SO	Ś	GS	Razem
	1	1	1	1	1	1	1	1.	1	1
I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1
III	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Razem	2	0	0	2	1	1	0	0	0	2

PMA: układanie języka w pozycji w-h, zbliżenie łuków zębowych, zaokrąglenie warg, polecenie powiedzenia [š].

Tabela 54

Metody i ramy wywoływanej głoski [k]

Grupa	Metoda a rama wywoływanej głoski [k]									
	Metoda				Rama					
	PMA	PMS	MAS	Razem	ISZ	ISO	SO	Ś	GS	Razem
	1	1	1	1	1	1	1	1.	1	1
I	0	2	0	2	1	0	0	1	0	2
II	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Razem	0	2	0	2	1	0	0	1	0	2

PMS: 1) przekształcanie chrapania ustnego w [k], 2) podkładanie palca pod język i aktywacja tylnej części języka w trakcie wymawiania [oto] lub [utu]; pa-

cient leży, ten sposób jest moją modyfikacją znanej metody Chwatcewa opisywanej w wielu opracowaniach.

4.3.5.5. Jakość wywoływanych głosek

Uznawałam, że głoska jest prawidłowa, jeśli jej brzmienie i budowa artykulacyjna były zgodne z przyjętym systemem fonemowo-fonetycznym. Podczas wywoływania głoski kontrolowałam zatem nie tylko jej jakość dźwiękową za pomocą słuchu, ale także układ narządów mowy, miejsce i kształt języka za pomocą wzroku. W przypadku wywoływania głosek dentalizowanych u osób z wadą zgryzu należy pamiętać, że tworzony dźwięk mógł mieć niedostatki wynikające z dysdentalizacji, na co logopeda zazwyczaj nie ma wpływu⁷⁵. Przyjęłam zatem, że jeśli pozycja i kształt języka są zgodne z normą, to uznaję głoskę za prawidłową (tabela 55).

W przypadku niektórych wad zgryzu nie można było uzyskać prawidłowej głoski, np. u jednej osoby z I grupy, u której występowała znaczna wada doprzednia wraz ze skróconym wędzidełkiem języka wywołałam głoskę zębową boczną zamiast dziąsłowej bocznej. Wtedy rodzice zdecydowali się na kolejne przecięcie wędzidełka języka i uzyskałam głoskę dziąsłową. Podobna sytuacja wystąpiła u dwóch innych osób z tej grupy.

U pacjenta z I i pacjenta z II grupy zamiast [č] uzyskałam głoskę nieco miękkszą, co było związane z ankyloglosją; chociaż pacjenci przecięli raz wędzidełko, należało jeszcze powtórzyć zabieg chirurgiczny, co zostało wykonane, a ćwiczone głoski uzyskały lepsze parametry artykulacyjne. W drugim przypadku z grupy II po przecięciu wędzidełka języka u pacjenta pojawiła się na skutek samodzielnych eksperymentów uwularna realizacja fonemu /r/ w miejsce innej realizacji tego fonemu, także wadliwej. Dziewczynka bardzo pragnęła wymawiać [r], więc jej eksperymenty po przecięciu wędzidełka języka mnie nie dziwiły. W obliczu takiej sytuacji zdecydowałam się zmienić plan terapii i zamiast głosek dziąsłowych wywołać [r]. Wędzidełko było nadal jeszcze skrócone, ale udało się wywołać bezdźwięczną wersję głoski [r], która podczas kolejnych spotkań i kolejnego przecięcia wędzidełka języka stawała się coraz bardziej zbliżona do normatywnej.

U dorosłego pacjenta z grupy III ze znaczną wadą doprzednią, wąskim podniebieniem twardym trudno było uzyskać głoskę dziąsłową boczną; uzyskałam głoskę zębową boczną. Pod wpływem leczenia ortodontycznego następowały

⁷⁵ Zob. omówienie problemu dentalizacji i dysdentalizacji w ujęciu Lilianny Konopskiej w: L. KONOPSKA: *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2006. Logopeda może w przypadku wady dotylnej wywoływać głoski z nieznacznym doprzednim ruchem żuchwy, aby uzyskać dentalizację, taki sposób pracy należy jednak skonsultować z ortodontą.

Tabela 55
Jakość wywoływanych głosek

Rodzaj wywoływanej głoski	Jakość wywoływanej głoski													
	Grupa I N: 23				Grupa II N: 23				Grupa III N: 23				Razem wywołanych głosek	
	prawidłowa		nieprawidłowa		prawidłowa		nieprawidłowa		prawidłowa		nieprawidłowa		Razem wywołanych głosek	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%		
[f]	2	100,0	0	0,0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
[n]	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	2
[t]	0	-	0	-	0	0	0	0,0	0	-	0	-	0	0
[c]	3	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	1
[l]	7	70,0	3	30,0	10	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	8	8
[r]	0	-	0	-	0	0	1	50,0	1	50,0	1	50,0	2	2
[č]	4	80,0	1	20,0	5	6	85,7	1	14,3	9	100,0	0	0,0	9
[š]	0	-	0	-	0	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
[k]	2	100,0	0	0,0	2	0	0	-	0	-	0	-	0	0
Razem	19	82,6	4	17,4	23	21	91,3	2	8,7	21	91,3	2	8,7	23

zmiany szerokości podniebienia twardego, co powodowało lepsze warunki dla pracy języka związane nie tylko z utrzymywaniem języka na podniebieniu, ale także z realizacją fonemu /l/. Z powodu ankyloglosji i konieczności ponownego przecięcia wędzidełka języka u kolejnego pacjenta nie udało się uzyskać głoski wibracyjnej dźwiękowej, ale głoskę dźwiękową, jednowibracyjną. Konieczne było kolejne przecięcie wędzidełka języka, aczkolwiek pacjent był bardzo zadowolony z takiego efektu ćwiczeń.

Podsumowując rozważania dotyczące rodzaju głosek wywołanych jako pierwszych, można wnioskować, że chociaż u części pacjentów (8 osób na 69, czyli 11,6%) wywołałam głoski wadliwe, to w każdym przypadku nieznacznie odbiegały od normatywnych, a w opinii pacjentów czy opiekunów zazwyczaj były spostrzegane jako prawidłowe. Opinia ta mogłaby jednak ulec zmianie, gdyby pacjenci mieli inne potrzeby i aspiracje związane z artykulacją. Z taką sytuacją mamy do czynienia u studentów szkół teatralnych, gdzie – w przypadku przyszłych aktorów – konieczna jest wzorcowa wymowa.

Rodzice wielu dzieci (a także inni pacjenci, którzy niekoniecznie pragną zostać aktorami) deklarują jednak potrzebę uzyskania prawidłowej wymowy u swoich potomków, a nie jedynie podobnej do normatywnej. Mówią czasami: „Nie chcę jej zamykać w życiu drogi, a wymowa jest ważna, dlatego chcę, aby moje dziecko mówiło dobrze, a nie prawie że dobrze”. W każdym jednak przypadku, gdy uzyskiwałam głoskę wadliwą, informowałam o tym rodziców lub pacjenta dorosłego, wskazując na przyczynę takiej sytuacji. Wszak to oni są podmiotem terapii.

4.3.6. Dynamika zmian fonetycznych

Niniejszy punkt dotyczy następującego problemu badawczego:

Jaka jest dynamika terapii w odniesieniu do zmian fonetycznych, w tym wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej, a także przechodzenia z I do II oraz z II do III fazy fonetycznej w zależności od grupy I, II i III oraz czy istnieją różnice pomiędzy badanymi grupami?

Dynamika terapii to pewne tempo przechodzenia z jednej fazy terapii – np. określonej rodzajem wywoływanych głosek – do kolejnej (zob. p. 4.1, 3.3). Praktyka logopedyczna pokazuje – potwierdziły to także badania – że głoski są zazwyczaj wywoływane w pewnym porządku, np. głoski dentalizowane o tym samym miejscu artykulacji są wywoływane kolejno, po czym logopeda przechodzi do pracy nad następną grupą głosek lub głoską, np. [r]. Po wywołaniu jednej z głosek danej klasy – np. dentalizowanych zębowych lub zębowych niedentalizowanych – przystępuje się zazwyczaj do pracy nad kolejnymi głoskami tej

samej grupy, np. w przypadku rodzin głosek dentalizowanych, spółgłosek niedentalizowanych zębowych itp. Można zatem uznać, że generalnie wywoływanie głosek odbywa się partiami, przy czym istotne jest, jakie cechy fonetyczne mają głoski danej grupy⁷⁶. Podstawą wyróżnienia głosek danej klasy przeznaczonych do terapii może być też inna kategoria fonetyczna, np. udział wiązań głosowych, udział rezonatora nosowego.

Z punktu widzenia efektywności terapii istotne jest wskazanie nie tylko rodzaju głosek wywoływanych w poszczególnych fazach, ale także tempa przechodzenia z jednej fazy fonetycznej do kolejnej (zob. p. 4.1). Tabele 56–58 prezentują dane na temat tego aspektu terapii. Przedstawiona analiza uwzględnia tempo wywołania pierwszej głoski (I fazy fonetycznej) przez wskazanie, na której wizycie została wywołana, licząc od pierwszej wizyty⁷⁷. Kolejny wskaźnik dotyczy liczby wizyt, jakie upłynęły od wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej, licząc od wizyty, na której została wywołana pierwsza głoska I fazy fonetycznej, do wizyty, na której została wywołana pierwsza głoska II fazy fonetycznej. Trzeci wskaźnik został obliczony w podobny sposób, obliczałam mianowicie, ile wizyt upłynęło od zajęć, na których wywołałam pierwszą głoskę II fazy fonetycznej, i wskazywałam wizytę, na której wywołałam pierwszą głoskę III fazy fonetycznej. W następnej kolejności obliczałam średnią wizyt dla poszczególnych wskaźników, a także zależności statystyczne.

Tabela 56

Dynamika faz fonetycznych – I grupa

Tempo przechodzenia z jednej fazy do kolejnej podczas wywoływania głosek danej kategorii Grupa I	Średnia
Wskaźnik tempa wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej (średnia obliczona dla 23 osób) Najszybciej na 1 wizycie, a najwolniej na 5 wizycie	2,39
Wskaźnik tempa wywołania pierwszej głoski II fazy fonetycznej (średnia obliczona dla 16 osób) Najszybsze przejście z I fazy do II: 2 wizyta Najwolniejsze przejście z I fazy do II: 12 wizyta	5,81
Wskaźnik tempa wywołania pierwszej głoski III fazy fonetycznej (średnia obliczona dla 8 osób) Najszybsze przejście z II fazy do III: 6 wizyta Najwolniejsze przejście z II fazy do III: 14 wizyta	8,88

⁷⁶ Zob. strategia polaryzacji głoski (p. 2.3.4; więcej D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 398–402. Doświadczenie pokazuje, że polaryzacja głoski przydaje się w szczególności podczas wywoływania spółgłosek itowych dentalizowanych. W przypadku niektórych zaburzeń, np. o podłożu zaburzeń słuchu fonemowego – o których nie jest mowa w niniejszej monografii – kontrastowanie głosek jest szczególnie ważną metodą pracy.

⁷⁷ Szczegółowe dane na ten temat zostały już przedstawione w p. 4.3.5.1.

Tabela 57

Dynamika faz fonetycznych – II grupa

Tempo przechodzenia z jednej fazy do kolejnej podczas wywoływania głosek danej kategorii Grupa II	Średnia
Wskaźnik tempa wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej (średnia obliczona dla 23 osób) Najszybciej na 1 wizycie, a najwolniej na 5 wizycie	2,39
Wskaźnik tempa wywołania pierwszej głoski II fazy fonetycznej (średnia obliczona dla 17 osób) Najszybsze przejście z I fazy do II: 2 wizyta Najwolniejsze przejście z I fazy do II: 10 wizyta	4,05
Wskaźnik tempa wywołania pierwszej głoski III fazy fonetycznej (średnia obliczona dla 8 osób) Najszybsze przejście z II fazy do III: 3 wizyta Najwolniejsze przejście z II fazy do III: 6 wizyta	3,75

Tabela 58

Dynamika faz fonetycznych – III grupa

Tempo przechodzenia z jednej fazy do kolejnej podczas wywoływania głosek danej kategorii Grupa III	Średnia
Wskaźnik tempa wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej (średnia obliczona dla 23 osób) Najszybciej na 1 wizycie, a najwolniej na 3 wizycie	1,96
Wskaźnik tempa wywołania pierwszej głoski II fazy fonetycznej (średnia obliczona dla 22 osób) Najszybsze przejście z I fazy do II: 2 wizyta Najwolniejsze przejście z I fazy do II: 6 wizyta	3,27
Wskaźnik tempa wywołania pierwszej głoski III fazy fonetycznej (średnia obliczona dla 9 osób) Najszybsze przejście z II fazy do III: 2 wizyta Najwolniejsze przejście z II fazy do III: 6 wizyta	3,67

Tempo przechodzenia z jednej fazy do kolejnej było warunkowane możliwościami pacjenta i poziomem automatyzacji ćwiczonej w poprzedniej fazie głoski lub głosek. Jeśli w badaniu ustaliłam, że pacjent wymawia w sposób spontaniczny ćwiczoną głoskę lub ćwiczone głoski na danym etapie pracy, a opiekunowie obserwowali taką sytuację także w mowie potocznej w domu, przystępowałam do wywołania głoski kolejnej fazy fonetycznej. Zwróćmy zatem uwagę, że przedstawiona analiza określa jednocześnie tempo automatyzacji ćwiczonych dźwięków mowy. W przypadku pewnych głosek wcześniej – bo przed ich wywołaniem – prowadziłam ćwiczenia przygotowujące do kolejnej fazy pracy. Postępowałam tak np. w planowanym ćwiczeniu głoski [r].

Przedstawione obliczenia nie oddają jednak pełnego obrazu dynamiki terapii. Na przykład w I grupie najszybsze przejście z I do II fazy odbyło się już na 2. wizycie od wywołania pierwszej głoski, a najpóźniejsze przejście z I do II fazy odbyło się na 12. wizycie. W odniesieniu do przechodzenia z II do III fazy roz-

kład liczb jest następujący: najszybsze przejście odbyło się na 6. wizycie, a najwolniejsze na 14. w przypadku tej grupy (zob. tabela 56). U pacjentów, którzy pozostawali w terapii, wywoływałam także głoski IV fazy fonetycznej, ale tego zjawiska nie podałam już analizie z uwagi na małą liczbę osób.

Sądzę, że rozbieżność tempa przechodzenia z jednej fazy do kolejnej ma związek z indywidualnymi możliwościami pacjentów, a także – jak zaobserwowałam podczas badań – z motywacjami pacjentów i/lub ich opiekunów. Jedni wykonywali niezwykle starannie moje zalecenia, inni zaś nie prowadzili ćwiczeń w domu, cały ciężar terapii przenosząc na zajęcia w gabinecie ze mną.

Liczba pacjentów zmniejsza się wraz z analizą kolejnych faz. Powodem takiej sytuacji są dwie znane mi okoliczności: niektórzy pacjenci zakończyli terapię i nie musieli przechodzić do kolejnego etapu pracy; inni zaś z różnych powodów nie podejmowali dalszej pracy. Może to mieć związek z efektem domina i samoregulacją (zob. p. 4.3.9) lub uznaniem, że efekty dotychczasowej terapii są wystarczające. Mogły się także pojawić inne okoliczności.

Dane dotyczące tempa uzyskania pierwszej głoski I fazy fonetycznej zostały przedstawione w p. 4.3.5.1 (tabele 42 i 43, wykres 9). Z kolei w tabelach 59 i 60 znajdują się wyniki testów statystycznych ukazujących różnice pomiędzy tempem przechodzenia z I do II oraz z II do III fazy fonetycznej. Nie odnotowałam różnic w uzyskaniu pierwszej głoski I fazy fonetycznej pomiędzy badanymi grupami. Istotnie statystycznie różnice odnotowano przy uzyskaniu pierwszej głoski II fazy fonetycznej – pomiędzy grupą III a II oraz pomiędzy II a I grupą (tabela 59). W przypadku uzyskania pierwszej głoski III fazy fonetycznej również odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą III a II i pomiędzy II a I grupą (tabela 60).

Tabela 59

Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi –
dynamika terapii w odniesieniu do tempa uzyskania
pierwszej głoski II fazy fonetycznej

II faza	grupa I	grupa II	grupa III
grupa I	x	0,0475	0,0070
grupa II	0,0475	x	0,1276
grupa III	0,0070	0,1276	x

Dynamika zmian jest największa w grupie III, a najmniejsza u dzieci z grupy najmłodszej⁷⁸, co staje się powodem do zakwestionowania opinii na temat nie-

⁷⁸ Uwagę zwraca zwiększenie się średniej dotyczącej przechodzenia z II do III fazy u dzieci z I grupy. Powodem zwiększenia się średniej była sytuacja 3 pacjentów: w pierwszym przypadku rodzice dziecka nie wyrażali zgody na przecięcie wędzidełka języka i prosili o ćwiczenia bez takiego zabiegu. Laryngolog oznajmił, że nie trzeba przecinać wędzidełka języka i wszystko można wyćwiczyć. Zwróciłam uwagę, że terapia będzie nieefektywna lub mało efektywna. Udało się w warunkach ankyloglosji wywołać [k, g], a następnie przyżębową głoskę nosową zamiast zębowej

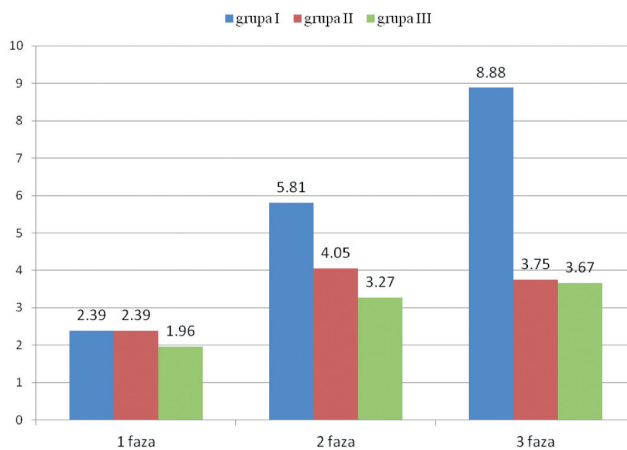
możliwości czy też mniejszej podatności na terapię osób powyżej 14. roku życia, jaką przedstawiła Irena Styczek. Autorka pisała na ten temat:

Wczesne usuwanie wad mowy jest sprawą ważną i z tego względu, że po 12–14 roku życia utrwała się tak zwana postawa artykulacyjna, tzn. ruchy artykulacyjne właściwe temu językowi, jakim się dziecko posługuje, ulegają zmechanizowaniu i po tym okresie usunięcie wady mowy jest znacznie trudniejsze⁷⁹.

Tabela 60

Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi –
dynamika terapii w odniesieniu do tempa uzyskania
pierwszej głoski III fazy fonetycznej

III faza	grupa I	grupa II	grupa III
grupa I	x	0,0086	0,0053
grupa II	0,0086	x	0,8971
grupa III	0,0053	0,8971	x



Wykres 9. Dynamika zmian fonetycznych

nosowej (II faza fonetyczna); nie udało się wywołać [l] w obliczu stale napiętego czubka języka pod wpływem ankyloglosji. W końcu rodzice zdecydowali się na przecięcie wędzidełka języka. Sytuacja kolejnego dziecka była inna: u dziewczynki występowała skomplikowana wada postawy, a rodzice późno przeprowadzili konsultację z fizjoterapeutą i rozpoczęli ćwiczenia. Pierwsze efekty widziałam w postaci schowania się języka wcześniej wysuniętego na dolną wargę i przyjęcia przez niego, co prawda niskiej pozycji, ale w jamie ustnej. W trzecim przypadku dziewczynka ćwiczyła bardzo chętnie, ale wyłącznie ze mną. Rodzice nie pracowali z dzieckiem w domu, mimo że wywoływanie głosek przebiegało bardzo sprawnie. Mama dziewczynki wielokrotnie mi mówiła, że nie zawsze słyszy, czy dziewczynka dobrze wypowiada ćwiczone głoski, że jest przyzwyczajona do sposobu artykulacji dziecka (u dziecka występowały asymetryczny układ języka i asymetryczny przepływ powietrza przy realizacji fonemów dentalizowanych – tzw. seplenienie boczne).

⁷⁹ I. STYCZEK: *Logopedia...*, s. 16 (podkr. I.S.). Podobne opinie można znaleźć w innych opracowaniach.

Zaprezentowane wyniki badań stoją w sprzeczności z zacytowaną opinią Ireny Styczek, co więcej – pokazują większą dynamikę zmian fonetycznych w grupie osób w wieku 15–40 lat.

4.3.7. Wywoływanie głosek inicjujących II i III fazę fonetyczną

Niniejszy punkt dotyczy następujących problemów badawczych:

Jakie głoski inicjowały pracę nad II i III fazą fonetyczną?

Jakie zjawiska obserwowano podczas pracy nad daną rodziną głosek dentalizowanych, np. czy w odniesieniu do niektórych pacjentów można na jednym spotkaniu wywoływać więcej niż jedną głoskę danej grupy głosek wyodrębnionych ze względu na np. miejsce artykulacji?

Analiza jakościowa wywoływanych głosek inicjujących kolejne fazy fonetyczne, a zatem II i III, wykazała, że były to głoski [č, ć, c, r, n], a rzadziej [l, š, š]. Stosowane metody i ramy wywoływanych głosek były podobne do przedstawionych przy pierwszej wywoływanej głosce. Zdarzało się, że planując pracę nad głoskami kolejnej fazy, podejmowałam – jeszcze w trakcie pracy nad głoskami poprzedniej fazy – pewne zabiegi związane z przewidywaną do wywołania głoską kolejnej fazy, o czym była już mowa. Zapewniało to optymalne przygotowanie do wywołania pierwszej głoski kolejnej fazy fonetycznej. Takie przygotowania miały miejsce np. przy głoskach [r], [č] lub [ć]. Sposoby pracy nad wywoływaniem głosek dentalizowanych zostały omówione w p. 4.3.5.4. Jednocześnie poczynione obserwacje pozwalają na pewną analizę jakościową, a mianowicie:

1. W przypadku głosek dentalizowanych poszczególnych grup wyodrębnionych ze względu na miejsce artykulacji – z wyjątkiem kilku przypadków – głoską inicjującą pracę nad daną rodziną spółgłosek była głoska bezdźwięczna zwarto-szczelinowa. Na temat motywacji wyboru głoski bezdźwięcznej zwarto-szczelinowej jako inicjującej prace nad daną rodziną głosek będzie mowa w p. 4.3.8.
2. W każdej z wyodrębnionych grup wiekowych u niektórych osób na jednej wizycie ćwiczyłam wywołaną głoskę w wyrazach, wyrażeniach i zdaniach i nie było konieczności uwzględniania wszystkich etapów pracy wyodrębnionych w SMURF, nie było tak jednak w przypadku wszystkich osób.
3. W każdej z wyodrębnionych grup wiekowych u wielu osób na jednej wizycie wywoływałam wszystkie głoski danej grupy spółgłosek dentalizowanych, np. po wywołaniu [č] na tej samej wizycie pacjent uczył się wymawiać pozostałe głoski danej grupy głosek dentalizowanych (podobnie było w przypadku głosek wyodrębnionych ze względu na inne kryterium, zob. p. 4.1), co wiąże ze efektem domina i zjawiskiem samoregulacji, o których będzie mowa w p. 4.3.9.
4. Skuteczną metodą – jak się wydaje na podstawie poczynionych obserwacji – ułatwiającą wystąpienie efektu domina i samoregulacji było uświado-

mienie pacjentowi w przystępny dla niego sposób, że została wywołana **cecha fonetyczna, która jest charakterystyczna dla danej grupy głosek** (np. dźwiękowość w przypadku głosek dentalizowanych dźwiękowych, zębowość w przypadku głosek zębowych niedentalizowanych) i powiązanie jej z ruchem i pozycją narządów mowy. W ten sposób został przeniesiony akcent z wywołania głoski na wywołanie cechy fonetycznej, co – wraz zachęcaniem pacjenta do wykorzystania poznanego ruchu narządów mowy do artykulacji pozostałych głosek danej grupy – pozwalało mu na budowanie praktycznej wiedzy i dalej umiejętności związanych z systemem fonetycznym, także wiedzy o powiązaniach pomiędzy głoskami. Zdarzało się, że pacjenci – także dzieci w wieku 6–7 lat podczas pracy nad kolejną grupą głosek dentalizowanych czy też innych wyodrębnionych ze względu na np. miejsce artykulacji pytali: *Czy tu też tak będzie, że tak samo się trzyma język w innych głoskach?* Starsi pacjenci prosili o bliższe wyjaśnienia obserwowanych zjawisk i cieszyli się, że *Jak się zrobi jedną głoskę, to inne już same przychodzą.*

Opisane zjawiska wymagają szczegółowych badań. Istotne jest jednak to, że prezentowane studia pozwalają na wskazanie, że nie wszyscy pacjenci w taki sam sposób uczą się poszczególnych głosek. A zatem wątpliwe jest formułowanie restrykcji związanych z nieprzekraczalnymi zasadami metodycznymi, np. wywoływaniem głosek w izolacji lub sylabie.

W przypadku pewnej grupy pacjentów na jednej wizycie można pracować nad kilkoma głoskami danej grupy wyodrębnionymi ze względu np. na miejsce artykulacji. Samo zaś wywoływanie kolejnych głosek danej grupy sprowadzało się do polecenia: „Trzymaj język jak do [č] (lub ułóż język w pozycji w-h) i powiedz [š]”. Stosowałam także specjalne zdania, które zbudowane były z głosek niećwiczonych, ale takich, że mogłam się spodziewać wystąpienia samoregulacji. Na przykład po wywołaniu głoski [č] (jako inicjującej pracę nad głoskami dźwiękowymi dentalizowanymi) na tej samej wizycie proponowałam do powtórzenia zdanie „Czarek czesze Szymona”. W wielu przypadkach okazywało się, że pacjent prawidłowo artykułował nie tylko ćwiczoną głoskę [č], ale spontanicznie wymówił głoskę [š].

Inne osoby wymagały innego tempa i strategii pracy – każdą z głosek trzeba wywoływać za pomocą specjalnych zabiegów i wykorzystywać opisane w SMURF metody pracy. Opisane zjawiska zaobserwowane podczas terapii wymagają dalszych badań, aby ustalić warunki wystąpienia efektu domina i samoregulacji. Dotyczyć one mogą – jak przypuszczam – dwóch aspektów. Pierwszy z nich wiąże się z pewnymi cechami rozwoju psychomotorycznego pacjentów, które pozwalają na szybkie wykorzystanie nowo wywołanej cechy fonetycznej, np. zębowości, i jej transferu na inne głoski, które są wadliwe u pacjenta. Druga okoliczność – wiążąca się z poprzednią – ma związek ze sposobem prowadzenia terapii logopedycznej, co – jak przypuszczam – bezpośrednio koresponduje z sekwencją terapii głosek, rodzajem ćwiczeń, sposobem wywoływania głosek itp.

4.3.8. Wywoływanie głosek dentalizowanych

Niniejszy punkt dotyczy następującego problemu badawczego:

Czy wywoływanie głosek dentalizowanych poszczególnych grup wyodrębnionych ze względu na miejsce artykulacji może odbywać się od spółgłoski zwarto-szczelinowej bezdźwięcznej, a jeśli tak, to jakie mogą być przykładowe sposoby wywoływania kolejnych głosek – po głosce zwarto-szczelinowej bezdźwięcznej – z danej grupy głosek dentalizowanych?

4.3.8.1. Rodzaj głoski inicjującej rodzinę głosek

Analizy pracy nad głoskami dentalizowanymi, które – w zależności od pacjenta – były wywoływane zarówno w I, II, jak i III czy kolejnych fazach fonetycznych, wykazały, że w przedstawionym stylu pracy wykorzystywałam do inicjacji pracy głównie głoski zwarto-szczelinowe bezdźwięczne. To one inaugurowały pracę nad wyodrębnioną ze względu na miejsce artykulacji grupą głosek dentalizowanych. Taka strategia – jak sądzę na podstawie lektury publikacji na ten temat – jest odmienna od często zalecanej metody polegającej na wywoływaniu jako pierwszej głoski szczelinowej bezdźwięcznej. Przypuszczam, że źródeł takiego stanowiska można poszukiwać w chociażby komentarzu Genowefy Demel, który był już cytowany w p. 2.2.3.6: „**Nie wolno [...] odbiegać od reguł metodycznych, a zwłaszcza wskazanej kolejności postępowania w obrębie każdej głoski, szeregu lub grupy**”⁸⁰. Chociaż autorka tych słów nie przedstawiła badań efektywności opisanego sposobu postępowania (wywoływanie głoski szczelinowej bezdźwięcznej z klasy głosek dentalizowanych wyodrębnionych ze względu na miejsce artykulacji⁸¹), można przywołać pewne argumenty wywodzące się z analizy rozwoju fonetycznego dziecka pozwalające na uzasadnienie powodu rozpoczynania terapii jednak od głosek zwarto-szczelinowych⁸². Uwagi takich badaczy, jak Roman Jakobson czy Jaro-

⁸⁰ G. DEMEL: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. WSiP, Warszawa 1978, s. 50 (podkr. D.P.-W.). Z lektury książki wynika, że należy rozpoczynać pracę od głoski szczelinowej bezdźwięcznej poszczególnych grup głosek dentalizowanych.

⁸¹ Być może wywoływanie głosek szczelinowych bezdźwięcznych poszczególnych rodzin głosek dentalizowanych jest efektywniejsze w zaburzeniach określonego typu, brak jednak badań na ten temat. Z kolei logopedzi, którzy zmieniają swój dotychczasowy styl pracy i rozpoczynają pracę od głoski zwarto-szczelinowej, informują mnie, że jest to metoda skuteczniejsza niż rozpoczynanie pracy od głoski szczelinowej bezdźwięcznej. Więcej na temat motywacji związanych z tym zagadnieniem można znaleźć w opracowaniu (D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 340–379).

⁸² Na możliwość wywoływania głosek zwarto-szczelinowych zwracali uwagę np. J.T. KANIA: *Klasyfikacja ćwiczeń artykulacyjnych*. „Szkoła Specjalna”, z. 3/1968, s. 264–271. Przedruk w: J.T. KANIA: *Szkice logopedyczne*. PTL, Lublin 2001, s. 271–278; H. RODAK: *Terapia dziecka*

slava Pačesova, pokazują, że zwarto-wybuchowość pojawia się w ontogenezie przed szczelinowością. J. Pačesova sformułowała zasady uniwersalnej kolejności nabywania dźwięków mowy:

- kontrast maksymalny: samogłoska – spółgłoska, otwarta – przymknięta, niska – wysoka, przednia – tylna, ustna – nosowa;
- prymarność nieoznaczoności nad oznaczonością;
- prymarność zwarcia nad tarcieniem;
- prymarność artykulacji przedniej (wargowości i dźwiękowości) nad welarnością;
- prymarność prostoty nad złożonością (samogłoski – dyftongi)⁸³.

Przeanalizujmy następujący przykład. U dziecka występuje międzyzębowa realizacja fonemów dentalizowanych o etiologii anatomiczno-czynnościowej. Gdy rozpoczniemy pracę od wywołania głoski [š], dziecko musi się uporać z sytuacją jednoczesnego wzniesienia języka do pozycji w-h i utrzymania nowego miejsca artykulacji wraz z jednoczesnym wytworzeniem szczeliny. Jeśli jednak rozpoczniemy pracę nad grupą głosek dentalizowanych dźwiękowych od głoski zwarto-szczelinowej bezdźwięcznej, to sytuacja jest odmienna. Aby wywołać głoskę [č], wykorzystujemy [t], która jest utrwalona i pojawia się w ontogenezie wcześniej, a zatem pracujemy na zasobach i mocnych stronach pacjenta. Głoska [t] staje się pewną podporą i rusztowaniem, na bazie którego uczymy najpierw dźwiękowości. Oznacza to przejście z głoski zębowej zwarto-wybuchowej na głoskę dźwiękową zwarto-wybuchową. Kolejnym etapem pracy będzie zmiana sposobu pokonywania kontaktu narządów w jamie ustnej. Warto podkreślić, że przekształcając zębowość na dźwiękowość, modyfikujemy jeden parametr dźwięku [t] – miejsce artykulacji, a pozostałe pozostają bez zmiany, chociaż w trakcie dalszych etapów pracy będzie się zmieniał także kształt języka. Logopeda pracuje jednak na prymarnej cesze, jaką jest zwarto-wybuchowość, a pacjent podczas pracy cały czas korzysta z podpory, jaką jest głoska [t]⁸⁴.

z wadą wymowy. Wydawnictwo UW, Warszawa 2002; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Wybrane zagadnienia terapii mowy dzieci z rozszczepem podniebienia*. „Logopedia”. T. 26/1999, s. 149–161; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Językoznawczy model terapii mowy dziecka z rozszczepem podniebienia*. W: *Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy – Afazja – Zaburzenia rozwoju mowy*. Red. H. MIERZEJEWSKA, M. PRZYBYSZ-PIWKOWA. Uniwersytet Warszawski. Pomagisterskie Studium Logopedyczne. Towarzystwo Kultury Języka, Warszawa 2000, s. 109–123; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*

⁸³ J. PAČESOVA: *On some basic principles in child phonology*. In: *Proceedings of the Ninth International Congress of Phonetic Sciences*. Vol. 1. Eds. E. FISCHER-JORGENSEN, J. RISCHEL, N. THORSEN. Copenhagen 1979. Za: P. ŁOBACZ: *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*. Wydawnictwo Energeia, Warszawa 1996.

⁸⁴ Interesujące dane na temat zastępowania przez dzieci w toku rozwoju fonetycznego głosek szczelinowych głoskami zwarto-szczelinowymi dostarcza Tadeusz BRAJERSKI: *Rozwój sprawności artykulacyjnej u kilkorga dzieci ze środowiska inteligenckiego*. „Logopedia”. T. 7/1967. Moje obserwacje na temat rozwoju sprawności fonetycznej niemowląt w 11.–12. miesiącu życia i w kolej-

Podobny sposób pracy można analizować z wykorzystaniem głoski [t] podczas wywołania spółgłoski [c] oraz [ć]. Zmiany będą dotyczyć sposobu artykulacji w przypadku przekształcania [t] w [c], a miejsca artykulacji oraz sposobu artykulacji w przypadku przekształcania [t] w [ć]. W opisanych powyżej trzech przypadkach logopeda „dodaje” także do wywoływanego dźwięku dentalizację⁸⁵ oraz zmienia w pewnym zakresie kształt języka.

Uzyskiwanie nowej głoski z innej jest znaną od lat metodą pracy w logopedii⁸⁶, chociaż – jak wynika z rozmów z logopedami – niezbyt popularną, gdyż wielu z nich rozpoczyna pracę od głoski szczelinowej bezdźwięcznej, co ma związek z regułą metodyczną opisaną np. przez G. Demel (zob. cytaty powyżej), a także popularyzowaniu tej sekwencji terapii głosek w wielu poradnikach. Przekształcanie głosek w inne nazywam podejściem syntetycznym („przekształcanie budowli”⁸⁷) i przeciwstawiam je podejściu analitycznemu, przez które rozumiem wywoływanie nowej głoski na zasadzie „składania klocków”. W praktyce oba podejścia – jak sądzę – najczęściej są stosowane razem, taki podział ma jednak służyć rozwojowi refleksji logopedycznej podczas projektowania metod wywoływania głosek. Podejście syntetyczne podczas wywoływania głosek koresponduje także z doniesieniami na temat neurologicznej organizacji zadań werbalnych, o których pisała np. Kate Bunton⁸⁸ (zob. p. 2.4).

Kolejna uwaga pojawia się w związku z tempem nauki poszczególnych głosek dentalizowanych danej grupy. Obserwacje poczynione w toku badań pozwalają na konkluzję, że po wywołaniu głoski zwarto-szczelinowej kolejne głoski danej grupy pojawiały się zazwyczaj (ale nie zawsze) spontanicznie i na jednej wizycie mogłam pracować jednocześnie nad innymi głoskami danej rodziny, co – zwróćmy uwagę – powodowało, że u pacjenta błyskawicznie, nawet w ciągu jednej wizyty, wywołane zostały wszystkie głoski danej klasy głosek dentalizowanych. Zjawisko

nych miesiącach wieku poniemowłego wskazują, że zanim u dziecka pojawią się głoski itowe, dziecko używa głosek zwarto-wybuchowych zmiękczonej, np. [d’ad’a] oznacza nazwę używaną do przywołania dziadka.

⁸⁵ Zob. omówienie cyklu przekształceń: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 346–352.

⁸⁶ Np. J.T. KANIA: *Klasyfikacja ćwiczeń artykulacyjnych...*, s. 264–271; D. ANTOS, G. DEMEL, I. STYCZEK: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*. WSiP, Warszawa 1971; H. RODAK: *Terapia dziecka z wadą wymowy...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Wybrane zagadnienia terapii mowy dzieci z rozszczepem podniebienia*. „Logopedia”. T. 26/1999, s. 149–161; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 340–379.

⁸⁷ Metoda syntetyczna dotyczy nie tylko przekształceń jednej głoski w drugą, ale także przekształcania innych czynności odbywających się w przestrzeni ustno-twarzowo-gardłowej, takich jak np. płucie chrapanie, chuchanie itp. Z nich również można za pomocą pewnych zabiegów uzyskiwać głoski lub umiejętności sprzyjające wywołaniu głosek. Zob. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 340–379.

⁸⁸ K. BUNTON: *Speech versus Nonspeech: Different Tasks, Different Neural Organization*. „Seminars in Speech and Language”. Vol. 29(4)/2008, s. 267–275.

to występowało także przy innych grupach głosek o tym samym miejscu artykulacji. Oznacza to, że postępowałam inaczej niż to określają tzw. reguły metodyczne zalecające pracę nad jedną głoską zgodnie z konwencją zaproponowaną przez Ch. van Ripera i J.V. Irwina⁸⁹, a którą można określić jako przejście „od wiedzy, jak wymówić dźwięk, do wymawiania dźwięku w mowie spontanicznej” (zob. p. 2.2.3.2). Ten schemat pracy jest zalecany w wielu opracowaniach dotyczących likwidowania wad wymowy w Polsce i na świecie (zob. p. 2.4) bez potwierdzenia skuteczności reguły w badaniach.

Jednak wystąpienie na jednej wizycie po wywołaniu głoski inaugurującej pracę nad daną klasą głosek dentalizowanych kolejnych głosek dentalizowanych danej rodziny głosek nie było charakterystyczne w każdym przypadku. W pracy z niektórymi pacjentami musiałam podjąć pewne działania, aby z głoski zwarto-szczelinowej wywołać kolejne głoski danej grupy. Efektywność metody syntetycznej stosowanej do wywoływania głoski zwarto-szczelinowej bezdźwięcznej danej rodziny głosek dentalizowanych jest związana – jak przypuszczam – z tym, że jest ona bliska sposobowi, w jaki dziecko przyswaja głoski w ontogenezie. Problem ten z pewnością wymaga dalszych badań. Nie mogę porównać wyników swoich badań z innymi, ponieważ zwolennicy wywoływania głoski szczelinowej jako inicjującej pracę nad daną grupą głosek dentalizowanych nie przedstawili wyników efektywności proponowanej metody pracy.

W związku z tym, że głoska [t] odgrywa znaczącą rolę w podejściu syntetycznym stosowanym podczas wywoływania głosek (zwanym wcześniej metodą fonetyczną, metodą przekształceń, uzyskiwaniem jednej głoski z drugiej), nazwałam ją w 1999 roku *królową spółgłosek*⁹⁰. Analiza polskiego systemu fonemowo-fonetycznego z perspektywy teorii prototypów Eleanor Rosch⁹¹ przeprowadzona przez Iwonę Nowakowską-Kempną w 2000 roku ujawniła, że [t] jest prototypową spółgłoską. Oznacza to, że ma najbardziej typowe, reprezentacyjne cechy polskiego systemu konsonantycznego⁹². Zrozumiałe jest zatem, że [t] może być

⁸⁹ Ch. VAN RIPER, J.V. IRWIN: *Artikulationsstörungen. Diagnose und Behandlung...*

⁹⁰ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Wybrane zagadnienia terapii mowy dzieci z rozszczepem podniebienia...*, s. 158; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Realizacja fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji...*, s. 128; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*, s. 146–147; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...* Zob. także J.T. KANIA: *Klasyfikacja ćwiczeń artykulacyjnych...*, s. 271–278; H. RODAK: *Terapia dziecka z wadą wymowy...*

⁹¹ E. ROSCH: *Human Categorizations*. In: *Studies in Cross – Cultural Psychology*. Vol. 1. Ed. N. WARREN. Academic Press, London 1977, s. 1–49; E. ROSCH: *Principles of categorization*. In: *Cognition and categorization*. Eds. E. ROSCH, B. LLOND. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey 1978, s. 27–48; E. ROSCH: *Prototype Classification and Logical Classification: The Two Systems*. In: *New Trends in Cognitive Representation: Challenges to Piaget's Theory*. Ed. E. SCHOLNICK. Hillsdale, New Jersey 1981, s. 73–86.

⁹² I. NOWAKOWSKA-KEMPNA: *Jednostki językowe w analizie prototypowej*. Międzyuczelniane Towarzystwo Naukowe im. R. Ajdukiewicza w Dąbrowie Górniczej, Katowice 2000.

osnową pracy nad innymi głoskami, podobnie jak pozycja wertykalno-horyzontalna języka.

Praca związana z metodą syntetyczną wymaga od logopedy analiz obejmujących dwa obszary: analizę fonetyczną oraz analizę metodyczną, o czym pisałam w monografii *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, przedstawiając szczegółowe analizy transformacji [t] w głoskę zwarto-szczelinową zębową, głoskę zwarto-szczelinową dziąsłową i w głoskę zwarto-szczelinową itową⁹³. Przebieg koniecznych analiz może być następujący:

- „[...] analiza porównawcza cech fonetycznych głoski docelowej (GD) i głoski do przekształceń (GP);
- wskazanie takich samych i odmiennych cech fonetycznych;
- wskazanie cechy fonetycznej lub cech fonetycznych, które należy zmodyfikować, aby uzyskać głoskę docelową, a właściwie wywołać pożądane cechy fonetyczne;
- poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób można zmienić cechę fonetyczną lub cechy fonetyczne głoski do przekształceń (np. [t]), aby powstała głoska docelowa, a innymi słowy: jaki ruch i pozycję narządów należy wywołać, jak wywołać inny sposób przepływu powietrza, jak pozbawić głoski dentalizacji itp.”⁹⁴.

Istotna jest jednak budowa artykulacyjna głoski przeznaczonej do przekształceń, co ma związek z zależnościami pomiędzy głoskami, których wymowa łączy się z wykorzystaniem podobnej motoryki języka. Była o tym mowa w p. 4.3.5.2, w kontekście architektury zaburzonego systemu fonetycznego, a także badań Barbary Sambor. Na temat wykorzystania w terapii głosek bazowych badaczka wypowiada się następująco:

Zalecane w literaturze logopedycznej metody wywoływania głosek bazujące na przekształceniach np. głoski [t] w pracy nad głoskami dentalizowanymi lub wykorzystaniu głosek tylnojęzykowych lub miękkich sonornych dla wywołania szeregu /ś, ź, ć, ż/ powinny zatem zostać zrewidowane – uzupełnione o istotną uwagę, że głoski „bazowe” powinny zostać gruntownie zdiagnozowane przed wyborem metody pracy; pominięcie „głosek nieważnych” w diagnozie może bowiem determinować negatywny przebieg terapii logopedycznej⁹⁵.

Uwagę B. Sambor można uzupełnić, wskazując następujący przykład: jeśli pragniemy wywołać normatywne spółgłoski dentalizowane zębowe, to głoska [t], która stanie się podstawą do wywołania [c], powinna być normatywna. Mówiąc

⁹³ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 346–352.

⁹⁴ Ibidem, s. 359.

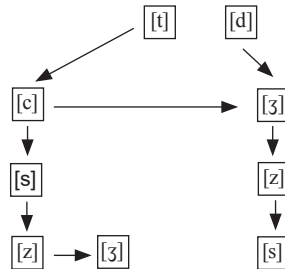
⁹⁵ B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*, s. 215.

metaforycznie – wywoływana głoska [c] „skorzysta” z budowy artykulacyjnej głoski [t]. Jeśli głoska bazowa będzie nienormatywna, możemy mieć trudności z wywołaniem na jej podstawie nie tylko normatywnej głoski [c], ale również [s]. Efektywniejsza – jak sądzę – jest wcześniejsza praca nad prawidłową artykulacją [n, t, d]/[t, d, n], a dopiero na ich bazie wywoływanie głosek dentalizowanych zębowych.

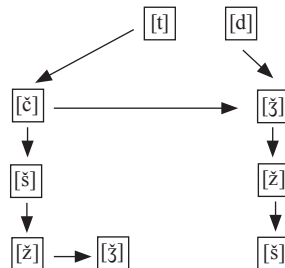
Jeśli decydujemy się na wywoływanie głoski [č] w oparciu o głoskę wadliwą (np. międzyzębową), należy w toku pracy modyfikować miejsce artykulacji wywoływanej głoski na dziąsłowe, a jeśli ten sposób zawiedzie, można podjąć pracę nad [n, t, d]/[t, d, n], a następnie wrócić do pracy nad [č] lub jeszcze inaczej modyfikować proces terapii. Możliwości jest wiele, a istotne są analizy obserwowanych trudności pacjenta, a także otwarcie swojego myślenia na nowe możliwości, jakie kryją głoski lub czynności niewerbalne, które mogą być wykorzystane do wywołania głosek. Innymi słowy istotne jest myślenie strategiczne.

4.3.8.2. Ścieżka przekształceń. Przykłady

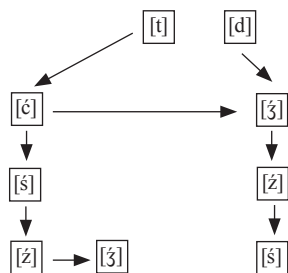
Praca w obrębie poszczególnych kategorii głosek dentalizowanych wyodrębnionych ze względu na miejsce artykulacji może przyjąć ścieżki przekształceń zaproponowane na schematach 3–5.



Schemat 3. Ścieżka przekształceń fonetycznych podczas wywoływania głosek dentalizowanych zębowych



Schemat 4. Ścieżka przekształceń fonetycznych podczas wywoływania głosek dentalizowanych dziąsłowych



Schemat 5. Ścieżka przekształceń fonetycznych podczas wywoływania głosek dentalizowanych itowych

Wywoływanie kolejnych spółgłosek poszczególnych grup głosek dentalizowanych według opisanego powyżej schematu nie zawsze było konieczne, gdyż w wielu przypadkach na jednej wizycie po wywołaniu głoski zwarto-szczelinowej danej grupy głosek dentalizowanych kolejne wystąpiły spontanicznie, nawet na tej samej wizycie, o czym już wspominałam (zob. p. 4.3.7). Działo się to w szczególności u pacjentów grupy II i III, którzy wręcz pytali mnie: „Czy tak samo wymawiać inne głoski?”. Co więcej, kiedy wywoływałam głoskę zwarto-szczelinową kolejnej grupy głosek dentalizowanych, pacjenci wiedzieli już, co będzie się działo podczas terapii, i pytali: „To będzie tak samo jak w przypadku [č]?”. Można powiedzieć, że pacjenci zdobywali podczas terapii doświadczenie związane z metodyką pracy, a także wiedzę na temat fonetyki artykulacyjnej, jak również systemu fonetycznego i powiązań między głoskami.

Obserwowałam też trudności w uzyskiwaniu głoski szczelinowej z głoski zwarto-szczelinowej w przypadku głosek zębowych u osób z niesymetrycznym ułożeniem języka (tzw. seplenienie boczne), a także przy wywołaniu głoski szczelinowej dźwiękowej z głoski zwarto-szczelinowej dźwiękowej dentalizowanej, dlatego do zamieszczonej powyżej ścieżki przekształceń dodaję poniżej szczegółowe techniki związane z istotą pracy logopedycznej.

Dla przykładu wymieniam techniki uzyskania głoski [š] z głoski [č]:

- wydłużanie [č].....[š],
- „falowanie”: wydłużanie [č] wraz z ściszeniem i wzmacnianiem głośności dźwięku,
- asymilacja wsteczna miejsca artykulacji: szybkie wymawianie [šča] lub [ašč],
- asymilacja międzywyrazowa: szybkie, bez pauzy wymawianie wyrażen, takich jak *mecz Szymona*⁹⁶,
- „podpórka”: szybkie i rytmiczne wymawianie: [č, č, č ša]⁹⁷.

⁹⁶ Efektem takiego mówienia jest sekwencja głosek [mečšymona]. Narusza to normę starannej wymowy, na co w szczególności należy zwrócić uwagę opiekunom dziecka. W następnej kolejności następuje rozdzielenie dwóch wymawianych łącznie słów i – jeśli to potrzebne – wydłużanie głoski [š].

⁹⁷ Więcej: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *Vademecum wywoływania głosek* (w przygotowaniu).

Wykorzystując powyższe techniki, można w podobny sposób pracować nad przekształcaniem głoski [c] w [s], lub [ć] w [ś]⁹⁸.

4.3.9. Efekt domina i samoregulacja

Niniejszy punkt dotyczy następującego problemu badawczego:

Czy występuje, a jeśli tak, to na czym polega „efekt domina” i związana z nim samoregulacja jako skutek np. przecięcia wędzidełka języka oraz prowadzenia terapii logopedycznej, mając na względzie opis jakościowy?

Z referowanych badań wynika, że istotnym wątkiem prowadzonych działań w przypadku dyslalii obwodowej jest likwidacja przyczyn zaburzeń realizacji fonemów lub obniżenie ich intensywności⁹⁹ oraz zmiana wadliwej realizacji fonemów na normatywną lub w różnym zakresie do niej zbliżoną. W związku z tym pojawia się interesujące dla badacza i praktyka pytanie: czy poprzez likwidację lub częściowe usunięcie przyczyn zaburzeń można uzyskać samoistną poprawę wymowy? Jeśli tak, to w jakim zakresie? Byłaby to zatem częściowa lub całkowita terapia przyczynowa (zob. p. 2.3.3).

Pojawiają się także inne pytania w kontekście analiz D. Pluty-Wojciechowskiej na temat architektury zaburzonego systemu fonetycznego i związków pomiędzy głoskami, a także znaczenia dla terapii głoski [t] – królowej spółgłosek, jak również na tle badań i analiz architektury zaburzonego systemu fonetycznego u młodych adeptów sztuki teatralnej, jakie prowadziła B. Sambor (zob. p. 4.3.5.2). Do tego należy przypomnieć analizy I. Nowakowskiej-Kempnej¹⁰⁰ prowadzone z perspektywy teorii prototypów¹⁰¹ na temat znaczenia głoski [t] w systemie konsonantycznym. Ustalenia badaczek mogą skłaniać do postawienia hipotezy, że uzyskanie prawidłowej artykulacji jednej głoski może powodować mniej lub bardziej spontaniczne i uświadomione zmiany w wymowie innych, które są z nią w jakiś sposób związane. Takie zjawiska obserwuje się podczas praktyki logopedycznej (zob. analizy w p. 4.3.7, 4.3.8).

Można zatem poszukiwać odpowiedzi na 2 pytania. Pierwsze z nich brzmi następująco: czy pojawią się u pacjenta – a jeśli tak, to jakie – zmiany podczas terapii, w szczególności w systemie fonetycznym pod wpływem zlikwidowania przyczyny zaburzeń realizacji fonemów lub obniżenia intensywności działania

⁹⁸ Ibidem.

⁹⁹ Nie zawsze potrafimy dociec wszystkich przyczyn zaburzeń ani określić ich roli u konkretnej osoby, co może mieć związek z osobniczą reakcją na zestaw czynników szkodliwych.

¹⁰⁰ I. NOWAKOWSKA-KEMPNA: *Jednostki językowe w analizie prototypowej...*

¹⁰¹ E. ROSCH: *Human Categorizations...*; E. ROSCH: *Principles of categorization...*, s. 27–48; E. ROSCH: *Prototype Classification and Logical Classification...*, s. 73–86.

czynnika szkodliwego? Drugie pytanie jest nieco inne: czy nastąpią zmiany – a jeśli tak, to jakie – w szczególności w systemie fonetycznym pod wpływem ćwiczenia pewnych głosek? Czy pojawią się także inne, niećwiczone wcześniej głoski? Jeśli tak, to jakie to głoski? Na problem ten zwracałam już uwagę w p. 4.3.7, 4.3.8, a także we wcześniejszych publikacjach, wykorzystując własne doświadczenia praktyczne. Teraz powracam do tego zagadnienia w kontekście prowadzonych badań¹⁰². Odpowiedź na powyższe pytania została już udzielona częściowo w p. 4.3.7, 4.3.8.

Dla określenia zjawisk pojawiających się u pacjenta w systemie fonetycznym (np. głoska lub głoski, których pacjent nie ćwiczył wcześniej i które nie były wywołane przez logopedę) pod wpływem likwidowania przyczyn zaburzeń lub obniżania ich intensywności, jak również pod wpływem nauki pewnych głosek proponuję termin *efekt domina*. Można w jego obrębie – jak sądzę na podstawie badań – wyróżnić 3 kategorie zjawisk:

- 1) zmiany powstające pod wpływem likwidowania anatomicznych przyczyn zaburzeń lub obniżania poziomu ich intensywności, np. po przecięciu wędzidełka języka;
- 2) zmiany powstające pod wpływem ćwiczenia czynności biologicznych, takich jak pozycja spoczynkowa języka i połykanie, co wiąże się – jak wykazały badania – z nauką pozycji w-h języka;
- 3) zmiany powstające pod wpływem wcześniejszej nauki innych głosek podczas terapii.

Jeśli te zmiany występują – a występują, co wykazały moje badania, a potwierdza je także praktyka logopedyczna – oznacza to, że nowy potencjał anatomiczno-czynnościowy i fonetyczny w postaci wywołanych głosek uruchamia proces związany z samoregulacją, czyli zdolnością organizmu do przeorganizowania, autonaprawy, normowania własnych procesów w związku z nowymi możliwościami biologicznymi i doświadczeniami wynikającymi z nauki nowych dla pacjenta głosek¹⁰³. Wyróżnione 3 kategorie zjawisk łączą się jednak ze sobą, co oznacza, że na wystąpienie samoregulacji mogą wpływać jednocześnie 3 zjawiska, np. przecięcie wędzidełka języka i wraz z nim uzyskanie nowych możliwości ruchowych, ćwiczenie czynności biologicznych oraz wywołanie głosek. Jednocześnie należy pamiętać o indywidualnej reakcji pacjenta na zastosowane wobec niego zabiegi lecznicze i terapeutyczne.

Zjawiska opisane w p. 4.3.9.1 i 4.3.9.2 nie były specjalnie prowokowane przeze mnie (zob. p. 4.3.7), a obserwowałam je np. podczas rozmowy z pacjentem,

¹⁰² D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*, s. 408–409.

¹⁰³ We wcześniejszej publikacji używałam dla określenia tego typu zjawisk termin *autokorekacja* (D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Dyslalia obwodowa...*), uważam jednak, że odpowiedniejszym terminem jest *samoregulacja*, a dla podkreślenia, że samoregulacja – jak przypuszczam – jest w wielu przypadkach nieunikniona (Ilu? Jakich uwarunkowań dotyczy?), proponuję określenie *efekt domina* czy nawet *efekt śnieżnej kuli*.

jaką prowadziłam na początku każdego spotkania przeznaczonego na terapię. Na niektóre zmiany w systemie fonetycznym zwracali mi uwagę rodzice dzieci lub sami pacjenci, gdy przychodzili na kolejną wizytę i chwalili się, że sami nauczyli się mówić jakąś głoskę lub głoski lub prosili o sprawdzenie, czy ich próby nowej realizacji danego fonemu czy fonemów są prawidłowe. Opisane zmiany obserwowałam także podczas terapii, gdy po wywołaniu głoski pacjent spontanicznie zmieniał dotychczasową wymowę niektórych głosek, także wadliwych, np. podczas opowiadania na temat obrazka.

4.3.9.1. Nowy potencjał anatomiczny i ruchowy a samoregulacja

Podczas badań obserwowałam różne zjawiska, które występowały u pacjentów w związku z prowadzonym leczeniem i terapią. Materiał do takich analiz zbierałam podczas zajęć, ale nie mam przekonania, że odnotowałam wszystkie zjawiska, jakie wynikały z samoregulacji. Z pewnością należałoby zaprojektować badania inne niż przeprowadzone. Sporządzone analizy mają zatem charakter jakościowy i są pewnym rekonesansem problematyki.

Jako pierwsze proponuję rozważyć zmiany, jakie nastąpiły w wyniku chirurgicznego zabiegu związanego z całkowitą lub częściową likwidacją ankyloglosji. Przyjęłam, że wymienione poniżej zjawiska wynikały głównie z przecięcia wędzidełka języka, które spowodowało uruchomienie nowych możliwości ruchowych. Sekwencja zdarzeń była następująca: 1) pierwsza wizyta, na której m.in. wykryłam ankyloglosję i jednocześnie 2) podjęłam ćwiczenia pozycji w-h języka w warunkach ankyloglosji (nie zawsze udawało się uzyskać tę pozycję pomimo zmniejszenia otwarcia jamy ustnej) oraz 3) kierowałam pacjenta na przecięcie wędzidełka języka, 4) kolejna wizyta (często po 2–3 tygodniach) już po przecięciu wędzidełka języka, na której obserwowałam zjawiska wynikające – jak sądzę – z samoregulacji. Występowały one u osób z każdej grupy, co nie oznacza, że wystąpiły u wszystkich.

Odnotowałam wystąpienie następujących zjawisk:

1. Komentarze pacjentów lub ich rodziców: np. *Dziecko mówi wyraźniej, Kręcę w buzi językiem, gdzie chcę; Wreszcie wiem, dlaczego nie potrafiłem oblizać górnej wargi; Czuję większą ruchomość; Język jest uwolniony; Czuję, że jest lepiej; Dotykam w buzi różnych miejsc, nie wiedziałam, że są takie różne miejsca; Myślałem, że przedtem jest normalnie i tak mają wszyscy, ale teraz wiem, że przedtem było nienormalnie; Język lata, gdzie chce.*
2. Zmiany w sposobie wykonywania ćwiczeń związanych z wywołaniem pozycji w-h języka, nauką pozycji spoczynkowej, np. pacjenci nauczyli się kłaskać z wykorzystaniem pozycji w-h języka, język zmienił pozycję spoczynkową z międzyzębowej na zębową, połykanie międzyzębowe zmieniło się na zębowe.

3. Zmiany tworzonych głosek: wibracja przy realizacji fonemu /r/ – 1 osoba; głoska [r] we wszystkich pozycjach – 3 osoby; głoska dźwiękowa jednoudźwiękowa w miejscu nienormatywnej realizacji fonemu /r/, która następnie przekształcała się w [r] – 2 osoby; na zajęciach szybko wywołałam [k], a wcześniej były trudności – 1 osoba; prawidłowa wymowa [l] – 2 osoby; prawidłowe głoski dźwiękowe dentalizowane w miejscu wadliwych – 2 osoby. Wystąpiły także w znacznie mniejszym zakresie zjawiska, które co prawda powodowały zmiany w dotychczasowej wymowie głosek, ale z punktu widzenia normy wymawianiowej wiązały się z wystąpieniem cech nienormatywnych. Należały do nich: pojawienie się uwularności przy realizacji fonemu /r/, co ma związek – jak sądzę – z usilnym dążeniem dziecka do wymowy [r] i eksperymentach po przecięciu wędzidełka języka – 1 osoba; zamiast głosek międzyzębowych dźwiękowych dentalizowanych wystąpiły głoski dorsalne – 1 osoba; zamiast głosek dorsalnych jako realizacji fonemów dźwiękowych dentalizowanych wystąpiły głoski z asymetrycznym ułożeniem języka – 1 osoba; wibracja jednej strony języka przy realizacji fonemu /r/ zamiast dorsalnej realizacji fonemu /r/. Chociaż niektóre głoski jako efekt samoregulacji z opisanych w niniejszym akapicie nie są normatywne, wskazują jednak na dążenie pacjenta do zmiany artykulacji w obliczu nowych możliwości. Niektóre z zarejestrowanych zmian można zakwalifikować do kategorii „przechodzenie z jednej wady w drugą”, np. w przypadku pojawienia się dorsalnej realizacji fonemów dźwiękowych dentalizowanych w miejscu międzyzębowej realizacji tych fonemów. Jest to zatem przejście z jednej wady w drugą, ale – zwróćmy uwagę – język pracuje już wewnątrz jamy ustnej, a efekt akustyczny był lepszy niż w przypadku międzyzębowości. Pacjenci często sami zwracali uwagę, że *Wychodzi mi inaczej [ʃ]* i demonstrowali nowy sposób realizacji fonemu /ʃ/. Jeśli eksperymenty pacjenta prowadziły do „przejścia z jednej wady do drugiej”, informowałam go o tym i podejmowałam działania, by wywołać prawidłowe głoski.

Jedna z 13-letnich pacjentek twierdziła, że nie widzi zmian po przecięciu wędzidełka języka, uważając, że *Mówi mi się tak samo, a przecinanie wędzidełka było niepotrzebne*. Po analizie fotografii sprzed przecięcia i po zabiegu uznała, że wędzidełko jednak zmieniło się po przecięciu. Inny z pacjentów sygnalizował, że największą ruchomość języka odczuwał zaraz po przecięciu, a po tygodniu zmiana nie była już tak spektakularna. Trudno interpretować to zjawisko, ale można przypuszczać, że może mieć związek z gojeniem się rany. W takich przypadkach pomocne okazuje się porównanie fotografii sprzed przecięcia wędzidełka języka ze stanem po zabiegu chirurgicznym. Okazało się, że wędzidełko po przecięciu było dłuższe. Myślę, że ten problem wymaga jednak badań.

4.3.9.2. Nowy potencjał anatomiczny, czynnościowy i fonetyczny a samoregulacja

Pod wpływem terapii logopedycznej obserwowałam także inne zmiany. Miały one związek głównie – jak przypuszczam – z wywoływanymi głoskami, w obliczu trudności w izolowaniu czynników wpływających na wyniki terapii byłoby to jednak zbytne uproszczenie analizy obserwowanych zjawisk. Sądzę, że na skutek prowadzonych jednocześnie działań związanych z likwidacją możliwych do zmiany przyczyn zaburzeń wymowy (np. przecięcie wędzidełka języka, ćwiczenia pozycji w-h języka, nauka prawidłowego oddychania i połykania) wraz z nauką głosek pacjent podejmował mniej lub bardziej świadome próby artykułowania dotychczasowych dźwięków mowy w odmienny niż dotychczasowy sposób¹⁰⁴.

Poniżej przedstawiam listę (a nie dane ilościowe) zjawisk zaobserwowanych podczas terapii:

- **transfer dźwiękowości:** udziałowanie głosek zębowych i itowych, prawidłowa wymowa wszystkich głosek dentalizowanych dźwiękowych po wywołaniu – jako pierwszej z danej grupy głosek – głoski dentalizowanej dźwiękowej zwarto-szczelinowej, dźwiękowa realizacja fonemów /n, t, d/ – wcześniej była międzyzębowość;
- **transfer zębowości:** po wywołaniu głosek zębowych dentalizowanych zamiast głosek z asymetrycznym ułożeniem języka i asymetrycznym przepływem powietrza jako realizacji fonemów /č, ž, š, ž/ wystąpiły głoski zębowe, a zamiast głosek z asymetrycznym ułożeniem języka i asymetrycznym przepływem powietrza jako realizacji fonemów /ć, ź, ś, ź/ wystąpiły głoski zębowe miękkie; po ćwiczeniu głosek [n, t, d] – głoski dentalizowane zębowe prawidłowe;
- **transfer itowości:** po wywołaniu [ć] pozostałe głoski dentalizowane itowe wymawiane prawidłowo;
- **inne zmiany:** po wywołaniu głosek dźwiękowych dentalizowanych – prawidłowe głoski itowe i zębowe, po wywołaniu głosek dźwiękowych dentalizowanych – itowe i zębowe dentalizowane i niedentalizowane w formie przyzębowej (wcześniej były międzyzębowe); po ćwiczeniach pozycji spoczynkowej i połykania oraz ćwiczeniach przygotowujących do [č] – zamiast międzyzębowości przy realizacji fonemów dentalizowanych – głoski prawidłowe; po ćwiczeniu głosek [n, t, d] – głoski dentalizowane itowe w formie przyzębowej zamiast w formie międzyzębowej; po ćwiczeniach głosek itowych dentalizowanych – realizacja fonemów /n, t, d/ prawidłowa; po ćwiczeniach głosek dentalizowanych zębowych – zębowa i zwarto-wybuchowa realizacja fonemów

¹⁰⁴ Zob. analizy B. Sambor na temat związków nienormatywnej realizacji fonemu /t/ z nienormatywnymi realizacjami innych fonemów. Zob. B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych...*

itowych zamiast asymetrii w ułożeniu języka i asymetrycznym przepływie powietrza (w trakcie ćwiczeń, a następnie w mowie potocznej wystąpiły w miejscu asymetrycznej realizacji fonemów itowych realizacje zębowe).

Nie mam przekonania, że dostrzegłam podczas terapii wszystkie zjawiska związane z samoregulacją, opisane zmiany w systemie fonetycznym pacjentów skłaniają jednak do refleksji, że samoregulacja jest ważnym czynnikiem efektywności terapii. Prowadzi ona często do wystąpienia głosek normatywnych w miejscu wadliwych lub głosek co prawda nienormatywnych w miejscu także nienormatywnych, ale o mniejszym stopniu „szkodliwości”, np. gdy zamiast głosek z asymetrycznym ułożeniem języka i asymetrycznym przepływem powietrza jako realizacji fonemów /ć, ź, ś, ż/ wystąpiły głoski zębowe zmiękczone. Z głosek zębowych zmięczonych logopeda łatwo uzyskuje głoski itowe lub pacjent sam je przekształca w głoski itowe dentalizowane. Pojawia się zatem następujące pytanie: jakie są warunki występowania efektu domina i samoregulacji?

4.3.10. Efekt terapii w ujęciu indywidualnym i uwzględniający średnie występujących zjawisk

Niniejszy punkt dotyczy następujących problemów badawczych:

1. *Jakie są zmiany w systemie fonetycznym pacjentów poddanych terapii logopedycznej za pomocą SMURF, a także FTM w zależności od pacjenta, mając na uwadze realizację fonemów?*
2. *Czy, a jeśli tak, to jakie są różnice dotyczące zmian ilościowych w systemie fonetycznym pacjentów poddanych terapii za pomocą SMURF w zależności od grupy I, II i III?*

W niniejszym punkcie przedstawiam w tabelach 61–63 wyniki analiz, które ukazują zmiany w systemie spółgłoskowym poszczególnych pacjentów, jakie nastąpiły pod wpływem terapii. Są to dane, które uzyskałam podczas ostatniego spotkania z pacjentem. Z pomocą znaku X zaznaczyłam głoskę wadliwą (zob. p. 4.2.4). Jeśli ten znak znajduje się na polu zaciemnionym, oznacza to, że nastąpiła zmiana: z głoski wadliwej na normatywną (lub w różnym zakresie do niej zbliżoną) pod wpływem terapii logopedycznej i samoregulacji. W tabelach umieszczam też dane na temat liczby wizyt oraz liczbę nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych w przestrzeni orofacialnej, jakie ustaliłam w toku badań.

Obserwacje poczynione podczas terapii pozwalają na postawienie ostrożnej diagnozy, że zarówno artykulacja samogłosek, jak śródwymawianiowa pozycja języka u niektórych osób, zmieniają się pod wpływem ćwiczeń spółgłosek, ten problem jednak z pewnością wymaga dokładnych badań.

Tabela 61

Zmiany w systemie fonetycznym w zależności od pacjenta – grupa I

Pacjent grupy I	Rodzaje grup fonemów								Liczba odmienności anatomicznych i/lub czynnościowych	Liczba fonemów spółgłoskowych	Liczba fonemów spółgłoskowych, których realizację powinny być przedmiotem dalszej pracy podczas terapii związanej z wywoływaniem głosek			
	/f, v/ /n, t, d/ /c, ʒ, s, z/ /l/ /r/ /t͡s, ʃ, s, ʒ/ /j, h/ /t͡ʃ, ʃ, s, ʒ/ /k, g/													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1		X	X			X		X		9	6	15	4	11
2		X	X	X	X	X	X	X		12	6	19	11	8
3	X	X	X	X	X	X	X	X		14	8	21	11	10
4		X	X	X	X	X		X		8	3	17	5	12
5		X	X	X	X	X		X		6	9	17	1	16
6		X	X	X	X	X	X	X		10	5	19	5	14
7	X	X	X	X	X	X	X	X		22	7	21	11	10
8		X	X	X	X	X	X	X	X	26	4	21	11	10
9		X	X	X	X	X	X	X		15	4	19	4	15
10		X	X	X	X	X	X	X		6	4	19	5	14
11			X		X	X		X		17	1	13	13	0
12			X	X	X	X		X		15	2	14	14	0
13			X			X		X		22	1	12	12	0
14				X	X	X				6	6	6	5	1

cd. tab. 61

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
15					X	X			X	13	4	7	7	0
16				X	X	X				10	1	6	6	0
17		X	X	X	X	X	X	X		6	4	19	4	15
18		X	X	X	X	X	X	X		12	5	19	6	13
19					X	X				10	4	5	5	0
20		X	X			X	X	X		11	4	17	13	4
21		X	X		X	X	X	X		6	5	18	4	14
22		X	X			X	X	X	X	6	4	19	4	15
23			X			X				6	1	8	8	0
Średnia										11,65	4,26	15,3	7,35	7,91

Tabela 62

Zmiany w systemie fonetycznym w zależności od pacjenta – grupa II

Pacjent grupy II	Rodzaje fonemów										Liczba odmienności anatomicznych i/lub czynnościowych	Liczba fonemów spółgłoskowych		Liczba fonemów spółgłoskowych, których realizację powinny być przedmiotem dalszej pracy podczas terapii związanej z wywoływaniem głosek
	/f/	/m, t, d/	/n/	/k, g, s, z/	/l/	/ŋ/	/tʃ, dʒ/	/h/	/ʃ, ʒ, s, z/	/k, g/		realizowanych nienormatywnie ustalonych w diagnozie wstępnej	realizowanych normatywnie jako efekcie terapii	
1											12	13	13	15
1						X					6	5	5	0
2		X	X	X	X	X	X	X	X		6	18	18	0
3		X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	21	9	12
4					X	X	X	X	X		4	12	1	11
5		X	X	X	X	X	X	X	X	X	4	21	10	11
6		X	X	X		X	X		X		4	15	7	8
7		X	X	X		X					4	12	12	0
8				X	X						1	5	5	0
9		X	X	X		X	X	X	X		4	18	7	11
10		X	X	X	X	X	X	X	X		4	18	12	6
11		X	X	X	X	X	X	X	X		6	19	5	14
12		X	X	X	X	X	X	X	X		4	18	18	0
13		X	X	X		X	X		X		6	15	8	7
14					X	X	X	X	X		3	11	5	6

cd. tab. 62

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
15		X	X		X	X	X	X	X	6	4	20	5	15
16				X	X	X		X		9	2	10	6	4
17				X	X	X				6	4	6	5	1
18		X	X	X	X	X	X	X		6	4	19	5	14
19		X	X	X	X		X	X		7	4	15	5	10
20		X	X	X	X	X	X	X	X	6	2	21	5	16
21		X	X	X	X	X				6	4	13	5	8
22		X	X		X	X				6	6	12	4	8
23					X	X	X	X		6	5	11	8	3
Średnia										7,48	4,22	14,6	7,39	7,17

Tabela 63

Zmiany w systemie fonetycznym w zależności od pacjenta – grupa III

Pacjent grupy III	Rodzaje fonemów								Liczba odmienności anatomicznych i/lub czynnościowych	Liczba fonemów spółgłoskowych		Liczba fonemów spółgłoskowych, których realizację powinny być przedmiotem dalszej pracy podczas terapii związanej z wywoływaniem głosek
	/f, v/	/t, d/	/c, ʒ, s, z/	/l/	/r/	/ʔ, ʒ, s, z/	/i, h/	/c, ʒ, s, z/		realizowanych nienormatywnie ustalonych w diagnozie wstępnej	realizowanych normatywnie jako efekcie terapii	
1		X	X	X	X				12	13	14	15
1		X	X	X	X				4	9	8	1
2			X	X	X	X			3	10	10	0
3		X	X	X	X	X	X	X	2	19	19	0
4		X	X	X	X	X	X	X	2	19	19	0
5		X	X			X	X	X	3	17	10	7
6		X	X	X	X		X	X	5	15	8	7
7		X	X			X	X	X	5	17	10	7
8		X	X		X	X	X	X	5	18	17	1
9					X			X	1	5	5	0
10		X	X	X	X	X	X	X	4	19	18	1
11		X	X		X	X	X	X	6	18	11	7
12		X	X	X	X		X	X	5	15	4	11
13		X	X	X	X	X	X	X	5	19	19	0
14		X	X	X	X	X	X	X	5	19	9	10

cd. tab. 63

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
15		X	X		X	X		X		7	7	16	11	5
16		X	X	X	X	X	X	X		8	5	19	19	0
17		X	X		X	X	X	X	X	6	3	20	5	15
18		X	X		X		X	X	X	6	3	16	9	7
19					X					6	1	1	1	0
20		X	X	X	X	X	X	X		8	5	19	18	1
21			X			X		X	X	9	1	14	14	0
22		X	X			X	X	X		10	4	17	17	0
23		X	X		X	X	X	X		11	4	18	9	9
Średnia										8,30	3,83	15,6	11,74	3,87

Tabela 64

Liczba normatywnie realizowanych fonemów spółgłoskowych po zakończeniu badań –
test dwustronny różnicy między dwiema średnimi

Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi			
	grupa I	grupa II	grupa III
grupa I	x	0,9730	0,0030
grupa II	0,9730	x	0,0045
grupa III	0,0030	0,0045	x

Dane zawarte w tabelach 61–63 wskazują, że u każdego pacjenta poddanego terapii zmniejszyła się liczba fonemów realizowanych nienormatywnie, a zwiększyła liczba fonemów realizowanych normatywnie. Aby przybliżyć warunki, w jakich odbywała się terapia, w zestawieniach zostały umieszczone dane na temat liczby czynników anatomicznych i/lub czynnościowych w zależności od pacjenta, a także liczba odbytych wizyt. Dla jednych pacjentów wizyta była sposobem na uzyskanie umiejętności wymowy danej głoski, następnie samodzielnie na tej podstawie ćwiczyli jej artykulację w różnych tekstach. Inni z kolei nie podejmowali ćwiczeń w domu, a cały ciężar terapii spoczywał na mnie, np. w przypadku dziecka z I grupy, które skorzystało z 26 wizyt.

Jeśli brać pod uwagę średnią liczbę nienormatywnych realizacji fonemów spółgłoskowych, okazało się, że u pacjentów z I grupy pod wpływem terapii zmniejszyła się ona z 15,3 na 7,9; w II grupie z 14,57 na 7,17, a u osób z III grupy z 15,6 na 3,9.

Na podstawie różnic pomiędzy obliczonymi średnimi odzwierciedlającymi liczby nienormatywnie i normatywnie realizowanych fonemów można stwierdzić, że największe zmiany w liczbie nienormatywnie realizowanych fonemów nastąpiły w grupie III, następnie w grupie I i II. Różnica pomiędzy grupą III a grupami I i II jest ponadto statystycznie istotna. Nie wykryłam natomiast zmian istotnych statystycznie pomiędzy grupami I i II (tabela 64).

Rozdział 5

Podsumowanie i dyskusja

Rozdział 5 jest syntezą referowanych badań, co ma związek z przedstawionymi w rozdziale 3 problemami i hipotezami badawczymi. Struktura rozdziału obejmuje rozważania na temat wyników diagnozy i efektywności terapii. Przedstawiam także analizę porównawczą dotyczącą SMURF na tle innych metod. W jednym z kolejnych punktów odnoszę się też do tzw. czarów i sztuczek podczas wywoływania głosek, poszukiwania przez niektórych logopedów uniwersalnych metod terapii, przedstawiam ponadto pomysły modyfikacji SMURF i FTM oraz propozycje koniecznych badań i projektów.

5.1. Diagnoza

Przedstawione wyniki badań na temat dyslalii obwodowej nie są reprezentatywne dla całej populacji, o czym świadczą dane odzwierciedlające przyczyny zgłoszenia się do gabinetu logopedycznego. Najczęstszym powodem skorzystania z pomocy logopedycznej było zalecenie ortodonta, a wysoki współczynnik dotyczył także pewnego niedosytu rodziców związanego z prowadzoną w przedszkolu lub szkole terapią logopedyczną. Dlatego częstość występowania nienormalnej realizacji fonemów jest wyższa niż w uzyskana innych badaniach¹.

¹ Zob. np. K. WĘSIERSKA: *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka – diagnoza – terapia*. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit. Toruń 2013; I. MICHALAK-WIDERA: *O przeprowadzonych badaniach logopedycznych, czyli raport o stanie mowy uczniów jednej z katowickich szkół*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne”, nr 6/2004, s. 24–28. Nie jest także wykluczone, że występujące różnice mają związek z przyjętymi kryteriami oceny wymowy. Iwona Michalak-Widera potwierdza, że zaburzenia mowy występowały prawie dwa razy częściej u chłopców niż u dziewczynek.

Uwagę zwraca grupa B z zaburzeniami wielopłaszczyznowymi. W tej grupie osób u prawie wszystkich występowały – oprócz zaburzenia głównego – nieprawidłowe warunki anatomiczne i/lub czynnościowe oraz takie cechy zaburzeń realizacji fonemów, które były związane z warunkami obwodowymi, np. międzyzębowość (oprócz innych cech nieprawidłowej wymowy określonych zaburzeniem głównym, np. alalią). Należy jednak podkreślić, że wynik badania warunków anatomicznych i czynnościowych mógłby ulec zmianie podczas kolejnych wizyt, ponieważ większość przedstawionych danych dotyczących badanych dzieci zostało odkrytych w toku jednej konsultacji logopedycznej. Oznacza to, że – w szczególności w obliczu trudności w kontakcie z małymi dziećmi, także z zaburzeniami o typie autyzmu – mogłam nie dość dokładnie przeprowadzić badanie narządów mowy w aspekcie anatomicznym i/lub funkcjonalnym. Tym nie mniej uzyskane wyniki badań wskazują na konieczność starannej oceny warunków obwodowych w przypadku autyzmu, zespołu Aspergera, jąkania, opóźnionego rozwoju mowy czy mutyzmu. Nie oznacza to, że najważniejszym celem terapii w przypadku wskazanej grupy osób jest poprawność artykulacji (zob. uwagi zawarte w p. 4.2.2 na temat terapii takich dzieci).

Najczęściej nienormatywnie realizowanymi fonemami spółgłoskowymi w grupie osób z dyslalią obwodową (grupa A) były fonemy dentalizowane dźwiękowe i zębowe oraz fonem /r/, następnie dentalizowane itowe, wysoką pozycję w rankingu częstości nienormatywnie realizowanych fonemów zajmowały też fonemy niedentalizowane zębowe oraz fonem boczny. Uwagę zwracają także nienormatywnie artykułowane samogłoski (nieprawidłowy kształt i pozycja języka). Objawy zaburzeń wymowy miały różną postać i intensywność, a co za tym idzie miały różny wpływ na obraz i zrozumiałość mowy. Materialny kształt znaku w rozmaity sposób umożliwiał słuchaczowi dotarcie do elementu oznaczanego. Używając perspektywy Adama Schaffa² (zob. Wstęp), można stwierdzić, że forma była przeźroczysta i w ten sposób umożliwiała dotarcie do strony znaczeniowej lub w różnym stopniu „nieprzeźroczysta”, co w zależności od rodzaju realizowanego fonemu i typu nienormatywnej cechy fonetycznej występującej w jego głoskowej realizacji wpływała na zrozumiałość mowy, przy czym istotna jest także frekwencja poszczególnych głosek w wypowiedziach werbalnych. Ten aspekt nie był jednak przedmiotem moich badań.

Z kolei najczęstsze nienormatywne cechy fonetyczne, które wystąpiły przy realizacji fonemów spółgłoskowych, to dorsalność, międzyzębowość oraz asymetryczne ułożenie narządów mowy i asymetryczny przepływ powietrza. W grupie najmłodszych dzieci – w 3 przypadkach – wystąpiły realizacje fonemu /r/, które mogły (ale nie musiały) mieć charakter rozwojowych niedoskonałości systemu fonetycznego, co ma związek z analizą warunków anatomicznych i czynności-

² A. SCHAFF: *Wstęp do semantyki*. Warszawa 1960, s. 290.

wych narządów mowy poszczególnych dzieci, a także powiązań między głoskami (zob. p. 4.2.3.4, także analizy innych przypadków, p. 4.3.5.2).

W obliczu wykorzystywania przez badaczy różnych parametrów oceny wymowy i warunków anatomiczno-czynnościowych lub braku odpowiednich informacji na ten temat nie mogłam porównać referowanych badań z ustaleniami różnych badaczy, o czym pisałam w p. 4.2.3.3 i 4.2.3.6. Referowane wyniki prowadzonych badań realizacji fonemów i/lub warunków anatomiczno-czynnościowych porównałam zatem z ustaleniami Lilianny Konopskiej, Barbary Ostapiuk, Danuty Pluty-Wojciechowskiej i Barbary Sambor, które wykorzystywały tożsame z moimi metody badań³. Wyniki własnych badań – w określonych zakresach – korespondują z ustaleniami wymienionych autorek (szczegółowe analizy są zawarte w p. 4.2.3.3, 4.2.3.6). Można podsumować rezultaty analiz porównawczych w następujący sposób: potwierdziła się tendencja związana z częstym występowaniem zaburzeń realizacji fonemów dentalizowanych oraz fonemu /r/. W badanej grupie osób z dyslalią wystąpiły też częste nienormatywne realizacje fonemów /n/, /t/, /d/, /j/, /ń/, /l/. Ze względu na rodzaj najczęściej występujących nienormatywnych cech fonetycznych podczas realizacji fonemów spółgłoskowych były to dorsalność, międzyzębowość i asymetryczne ułożenie języka wraz z asymetrycznym przepływem powietrza, jeśli weźmiemy pod uwagę 3 najczęściej występujące cechy.

Ocena warunków anatomicznych i czynnościowych narządów mowy badanych osób z dyslalią obwodową pozwoliła na ustalenie, że najczęstszą formą dyslalii obwodowej w badanej grupie jest dyslalia anatomiczno-czynnościowa, następnie dyslalia funkcjonalna, dyslalia anatomiczna. Do najczęstszych nieprawidłowych warunków anatomicznych należała natomiast ankyloglosja (69,6%), a następnie wady zgryzu (65,2%). W odniesieniu do warunków czynnościowych analizy pokazały, że najczęściej występowało nieprawidłowe połykanie (88,4%), nieprawidłowy model oddychania (87,9%) i zaburzenia odgryzania i/lub żucia (47,8%).

Można wysnuć następującą ogólną konkluzję dotyczącą analizy objawu i przyczyn zaburzeń realizacji fonemów: u większości badanych wystąpiła trudność w uzyskaniu – określonych normą – pozycji i kształtów języka w odniesieniu do realizacji fonemów dentalizowanych, fonemu /r/ oraz niedentalizowanych zębowych i fonemu /l/. Korzystając z danych na temat kształtu języka podczas artykulacji głosek będących realizacjami wymienionych fonemów zawartych w p. 2.2.3.3, można powiedzieć, że badane osoby nie potrafiły uzyskać wariantów pozycji w-h języka wewnątrz jamy ustnej. Wskazując na logopedyczną interpretację stwier-

³ L. KONOPSKA: *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2006; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*. Wyd. 2 popr. i poszerz. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2008; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2010; B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy...*

dzonych zaburzeń realizacji fonemów, należy uznać, że współwystępowały one – z uwagi na dane liczbowe – z ograniczoną ruchomością języka wynikającą z ankyloglosji i/lub wadą zgryzu i/lub zaburzeniami czynnościowymi.

Diagnoza w ujęciu indywidualnym wykazała, że średnia liczba nienormatywnie realizowanych fonemów spółgłoskowych w I grupie wynosiła 15,3, w grupie II – 14,6, a w III – 15,6. Ze względu na średnią liczbę nienormatywnie realizowanych fonemów i wyniki testów statystycznych grupy były równoważne pomimo różnego wieku. Nie były homogeniczne ze względu na inne cechy, jak np. historia leczenia ortodontycznego i laryngologicznego.

Konkluzja na temat relacji warunki anatomiczne – warunki czynnościowe może być następująca: struktura warunkuje funkcję, ale też – jak twierdzą ortodondenci – zaburzona funkcja może w określonych warunkach powodować zmiany w strukturach anatomicznych⁴. W przypadku artykulacji istotne są nie tylko warunki anatomiczne, ale także zbierane w toku rozwoju doświadczenia biomechaniczne związane z czynnościami prymarnymi.

5.2. Efektywność terapii z wykorzystaniem SMURF

Kliniczny obraz pacjenta może być odmienny niż ten, który wyłania się z obliczeń statystycznych, lecz rysujące się zależności oparte na analizach statystycznych i tendencje zaobserwowane w badaniach mogą służyć logopedzie w doborze metody pracy do pacjenta. Wpisuje się to w dewizę praktyki opartej na dowodach.

Podczas terapii zaburzeń realizacji fonemów następuje przejście od nienormatywnej realizacji fonemu do realizacji normatywnej, od nienormatywnych realizacji fonemów do realizacji normatywnych, czyli – innymi słowy – od uszkodzonego systemu fonemowo-fonetycznego do systemu naprawionego, przy czym uzyskane w toku terapii głoski – z rozmaitych powodów – w różnym zakresie były podobne do głosek normatywnych lub były głoskami normatywnymi. Efekt terapii zależy m.in. od warunków anatomicznych i czynnościowych, które nie zawsze są możliwe do zmiany, a sam pacjent może nie być zainteresowany propozycjami logopedy co do likwidacji przyczyn zaburzeń, może np. nie wyrażać zgody na kolejne przecięcie wędzidełka języka. Chociaż generalnie pacjenci objęci badaniami godzili się na zabieg chirurgiczny, byli i tacy, którzy nie chcieli wykonywać zabiegu.

⁴ W.R. PROFFIT, H.W. FIELDS: *Ortodoncja współczesna*. Red. nauk. wyd. pol. G. ŚMIECH-SŁOMKOWSKA. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001; *Zarys współczesnej ortodoncji*. Red. I. KARŁOWSKA. PZWL, Warszawa 2008; *Ortodoncja*. T. 2. Red. P. DIEDRICH. Red. wyd. 1 pol. A. MASZTALERZ. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2000; T. RAKOSI, I. JONAS, T.M. GRABER: *Orthodontic – Diagnosis*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York 1993.

Terapię można przyrównać do pewnego rodzaju uzdrawiania, naprawiania czy remontowania uszkodzonego systemu fonetycznego. Podczas takich działań mamy zatem okazję obserwować, w jaki sposób pacjent przechodzi drogę – mówiąc w uproszczeniu i metaforycznie – „od głoski wadliwej do głoski normatywnej”. Ponieważ w postępowaniu logopedycznym stosuje się wiele metod opartych na naturalnych „działaniach natury” (np. przywracanie prawidłowego modelu oddychania), można skonstatować, że terapia jest też okazją do swoistego „podglądania” natury. To niezwykle zjawisko i niezwykle zaszczyt dla badacza.

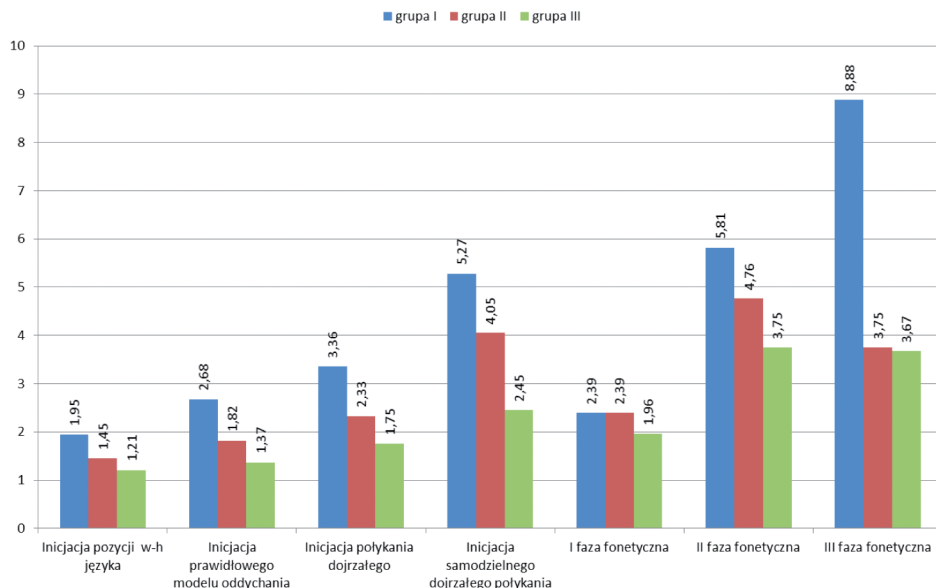
Studia nad efektywnością terapii przedstawione w rozdziale 4, oparte w wybranych zakresach na wynikach badań z zastosowaniem testów statystycznych, pozwoliły na ukazanie skuteczności postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń realizacji fonemów o etiologii obwodowej za pomocą SMURF. Efekt domina i samoregulacja, jakie obserwowałam podczas terapii, są procesami, których wymiaru dokładnie nie znamy, gdyż nie podjęto badań ukazujących w aspekcie ilościowym i jakościowym zakres takich przemian odnoszących się do systemu fonetycznego. W p. 4.3.9 opisałam rodzaj zjawisk, które można łączyć z efektem domina i samoregulacją, wykorzystując analizy jakościowe.

W analizie efektywności terapii uwzględniłam dynamikę dokonujących się przemian w zależności od grupy wiekowej, a odbywających się w obrębie czynności prymarnych i w obrębie systemu fonetycznego. Tempo zmian w zakresie normalizacji funkcji biologicznych było analizowane z uwzględnieniem następujących wskaźników: tempo inicjacji pozycji w-h języka, inicjacji pozycji spoczynkowej języka podczas oddychania, inicjacji połykania dojrzałego wspomaganego mechanicznie, inicjacji połykania dojrzałego samodzielnego. Dynamika zmian w obrębie wskazanych umiejętności normalizacji oddychania i połykania była większa w przypadku osób z III grupy, co może mieć związek z nieznanymi do końca cechami rozwoju dojrzałego połykania u dzieci, a zatem także przyjęcia pozycji w-h języka⁵.

Wskaźnikiem dynamiki terapii w odniesieniu do systemu fonetycznego były następujące symptomy: tempo wywołania pierwszej głoski oraz tempo przechodzenia pacjentów z jednej fazy fonetycznej do kolejnej. W odniesieniu do wymienionych wskaźników zostały zastosowane testy statystyczne, które ukazały zależności relewantne. Okazało się, że istnieją statystycznie istotne różnice w dynamice terapii I, II i III grupy. Wykres 10 ilustruje dynamikę terapii badanych grup, uwzględniając normalizację czynności prymarnych i fazy fonetyczne. Wyniki badań wskazują, że w przypadku III grupy wystąpiła największa dynamika zmian fonetycznych, co pozwala na zakwestionowanie opinii I. Styczek – cytowanej już w p. 4.3.6 – że „[...] po 12–14 roku życia utrwała się tak zwana postawa artykulacyjna, tzn. ruchy artykulacyjne właściwe temu językowi, ja-

⁵ Ch. KATSAROS, S. KILIARIDIS, R. BERG: *Leczenie zgryzu otwartego przedniego*. W: *Ortodoncja*. T. 2..., s. 377. W.R. PROFFIT, H.W. FIELDS: *Ortodoncja współczesna...*

kim się dziecko posługuje, ulegają zmechanizowaniu i po tym okresie usunięcie wady mowy jest znacznie trudniejsze⁶. Przypomnijmy, że w grupie osób znajdowali się pacjenci w wieku od 15. do 40. roku życia.



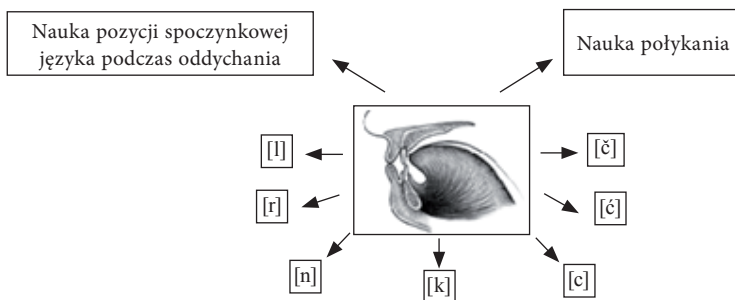
Wykres 10. Dynamika terapii z uwzględnieniem fazy czynności prymarnych i faz fonetycznych
 Uwaga. Nad kolumnami zostały umieszczone średnie odzwierciedlające średnią liczbę wizyt potrzebnych do zainicjowania opisanej pod kolumnami umiejętności dotyczących czynności prymarnych i faz fonetycznych. Szczegółowe wyjaśnienia: p. 4.3.4.2, 4.3.4.3, 4.3.4.4, 4.3.4.5, 4.3.5.1, 4.3.6.

Wywoływanie pierwszej głoski I fazy fonetycznej zostało poddane analizie ze względu na tempo pracy z wykorzystaniem testów statystycznych, a także ze względu na zastosowane metody i ramę wywoływanej głoski. Okazało się, że w odniesieniu do wywoływanych głosek były stosowane różne metody i różne ramy wywoływanych głosek, co zmienia spojrzenie na procedurę nauki głosek w obliczu preferencji czy restrykcji wywoływania głosek w izolacji i następnie wprowadzania ich do nagłosu, śródgłosu i wygłosu lub wywoływania głosek w sylabach (zob. uwagi na ten temat zawarte w p. 4.3.5.4). Wywoływanie głoski w sylabie otwartej wystąpiło najczęściej, przedstawione analizy dotyczą jednak tylko wywoływania pierwszej głoski I fazy fonetycznej, nie upoważniają zatem na tej podstawie do orzekania o tendencji przebiegu całej terapii, ale zasługują na uwagę.

Podczas terapii starannie wybierałam głoski do ćwiczeń, stosując sekwencję rozwojową i/lub terapeutyczną. Po wyborze głoski przeznaczonej do ćwiczeń przeprowadzałam sondę, która polegała na sprawdzeniu, czy pacjent prezentuje

⁶ I. STYCZEK: *Logopedia*. PWN, Warszawa 1981, s. 16 (podkr. I.S.). Podobne opinie formułują logopedzi.

umiejętności progowe umożliwiające pracę nad nową głoską. Czasami swoje plany zmieniałam i dopasowywałam sposób pracy do pacjenta. Nie prowadziłam NĆNM (zob. p. 2.2.3.3). Głównym sposobem usprawniania języka była pozycja wertykalno-horyzontalna, która była podstawą nauki prawidłowego modelu oddychania i połykania, a także wywoływania większości spółgłosek. Niektóre możliwości wykorzystania pozycji w-h języka przedstawia schemat 6, przy czym modyfikowałam pozycję w-h języka w zależności od wywoływanej głoski i metody jej nauki, np. w przypadku wywoływania [k] i uaktywniania tylnej części języka⁷. Przykładowe ścieżki przekształceń jednej głoski w kolejną zostały przedstawione w p. 4.3.8.2, a w p. 4.1 zaprezentowałam głoski wywoływane w poszczególnych fazach fonetycznych, zgodnie z sekwencją (w obrębie danej grupy), jaką zaobserwowałam w toku terapii. Znajomość architektury systemu fonetycznego w normie i patologii może być pomocna w samodzielnym projektowaniu różnych metod wywoływania głosek. Najnowsze badania na temat architektury zaburzonego systemu fonetycznego i powiązań między głoskami – jedynie w Polsce, a także, jak przypuszczam, na świecie – przedstawiła Barbara Sambor. Lektura opracowania autorki z pewnością przyczyni się do podniesienia wiedzy na temat związków między głoskami oraz znaczeniem prymarnej motoryki narządów mowy dla artykulacji⁸.



Schemat 6. Pozycja w-h języka a niektóre możliwości jej wykorzystania podczas terapii

Interesujące są wyniki badań metod i ram wywoływanych głosek, dokładnej analizie poddałam jednak wywoływanie pierwszej głoski I fazy fonetycznej, a zatem na jej podstawie nie można wysuwać wniosków, jaka metoda i jaka rama wywoływanych głosek były najczęściej stosowane podczas terapii, o czym już wspominałam. Możemy natomiast powiedzieć, że podczas wywoływania pierwszych głosek stosowano nie tylko różne metody, ale także różne ramy wywoły-

⁷ Więcej: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR: *Vademecum wywoływania głosek* (w przygotowaniu).

⁸ B. SAMBOR: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych u młodych adeptów sztuki teatralnej*. Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. prof. UŚ Danuty Pluty-Wojciechowskiej. Uniwersytet Śląski, Katowice 2017.

wanych głosek. Wykorzystany sposób pracy był efektem dopasowania metody pracy do pacjenta (w zakresie np. sekwencji terapii głosek, objawu i przyczyn zaburzeń oraz obserwowanych w toku pracy trudności pacjenta), z drugiej zaś wyniki badań świadczą, że nie sprawdziły się zalecane przez różnych autorów tzw. nieprzekraczalne reguły metodyczne (zob. p. 2.2.3.6).

Głoski wywołane jako pierwsze analizowałam w kontekście normy fonetycznej przyjętego systemu fonemowo-fonetycznego. Kontrolowałam podczas terapii nie tylko brzmienie głoski, ale też jej budowę artykulacyjną poprzez zagłębienie do jamy ustnej. Okazało się, że w przypadku 8 na 69 osób (czyli 11,6%) nie wywołałam głosek normatywnych (choć ich brzmienie było w ocenie pacjenta lub rodziców dziecka zadowalające) z powodu ograniczeń anatomicznych (np. ankyloglosja, doprzednia wada zgryzu). Zauważmy jednak, że gdyby badać wywołaną głoskę za pomocą słuchu, to najprawdopodobniej jej ocena mogłaby być inna – wszystkie wywołane głoski są „dość dobre” lub „dobre”, co mogłoby mieć związek z indywidualnymi doświadczeniami i zdolnościami logopedy do słuchowego wykrywania odmienności artykulacyjnych, a także możliwościami różnicowania dźwięków mowy z uwagi na biologiczne wyposażenie człowieka. Należy również pamiętać, że w przypadku wady zgryzu nawet jeśli wywołany dźwięk mowy tworzony był z prawidłowym miejscem artykulacji głosek dentalizowanych, to i tak z brakami dotyczącymi prawidłowej dentalizacji⁹. Na to jednak logopeda nie ma wpływu i podczas terapii powinien dbać o uzyskanie prawidłowego miejsca artykulacji.

Obserwacje poczynione w toku badań pozwalają ponadto na zakwestionowanie bezwzględnego przestrzegania reguły metodycznej, która dotyczy potrzeby pracy nad każdą głoską zgodnie z paradygmatem: wywołanie głoski, trening sylabowy, wprowadzanie głoski do wyrazu, zdania i następnie do mowy potocznej, a potem ćwiczenie kolejnej głoski. W toku badań występowały – w szczególności w nauce poszczególnych grup głosek dentalizowanych – następujące sytuacje: po wywołaniu głoski zwarto-szczelinowej bezdźwięcznej danej grupy na tej samej wizycie spontanicznie (lub za moją namową) pacjent zaczynał prawidłowo artykułować pozostałe głoski danej grupy głosek dentalizowanych, co pozwalało na pracę nad kilkoma głoskami jednocześnie. Nie było tak jednak w każdym przypadku. Interpretując odkryte zjawisko, można wykorzystać taką oto logikę: pacjent uczył się tworzenia pewnej cechy fonetycznej, np. dźwiękowości przy realizacji fonemu /č/, a następnie dokonywał mniej lub bardziej świadomego transferu tej cechy (a wraz z nią ruchu narządów mowy) na kolejne spółgłoski tej samej grupy (zob. efekt domina i samoregulacja, p. 4.3.9). Można zatem powiedzieć, że jest to inna strate-

⁹ W przypadku wady dotylnej logopeda może wykorzystywać nieznaczny doprzedni ruch żuchwy, ale taką strategię należy skonsultować z ortodontą.

gia prowadzenia terapii niż opisana przez Charlesa van Riper a i J.V. Irwina¹⁰ (zob. p. 5.3), która jest terapią fragmentaryczną (bo dotyczy pracy nad jedną głoską, a następnie kolejną).

Interesujące jest pytanie, czy istnieją zależności pomiędzy czasem inicjacji czy wywołania pozycji w-h języka a tempem wywołania głoski, której budowa artykulacyjna wiąże się z przyjęciem wariantu pozycji w-h języka. Zaprojektowane badania nie umożliwiają odpowiedzi na tak postawione pytanie, zwracają jednak uwagę dane zawarte na wykresie 10 przedstawiające średnie odzwierciedlające tempo inicjacji pozycji w-h języka i średnie odnoszące się do czasu wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej. Analizy ukazują, że średnie dotyczące tempa wywołania pierwszej głoski I fazy fonetycznej są zawsze nieznacznie większe niż średnie obrazujące tempo zainicjowania pozycji w-h języka. Można postawić ostrożną hipotezę, że wywołanie pierwszej głoski I fazy fonetycznej następuje niejako „po śladzie” związanym z inauguracją pozycji w-h języka. Chociaż obserwacje praktyczne poczynione w toku prowadzenia badań wskazują, że inicjacja czy wywołanie pozycji w-h języka ułatwiało i umożliwiało wywołanie wielu głosek, należałoby jednak zaprojektować w inny sposób badania. Zdarzało się, że praca nad artykulacją biegła swoim torem, a pozycja w-h języka nie została w pełni wywołana i pacjent pozostawał na etapie inicjacji tej pozycji.

Ponieważ głoski dentalizowane były najczęściej wadliwe, przedstawiłam ścieżki przekształceń prowadzące od głoski [t] i [d] do kolejnych głosek poszczególnych grup głosek wyodrębnionych ze względu na miejsce artykulacji. W proponowanej metodzie uwzględnia się w odniesieniu do głosek dentalizowanych rozpoczynanie pracy od wywołania zwarto-szczelinowej poszczególnej grupy, chociaż nie jest to bezwzględna reguła postępowania, o czym świadczą wyniki badań. Motywacja takiego sposobu pracy została przedstawiona szczegółowo w p. 4.3.8.1, a interesujących danych dostarcza także neurologiczna organizacja zachowań werbalnych, o której wspominałam w p. 2.4 w kontekście ustaleń Kate Bunton¹¹.

Weryfikacji poddałam efektywność terapii każdego pacjenta za pomocą sprawdzenia liczby nienormatywnie realizowanych fonemów na wstępie terapii i po jej zakończeniu (gdy pacjent prawidłowo realizował wszystkie fonemy spółgłoskowe) lub gdy nastąpił finał zaprojektowanych badań, albo pacjent nie zgłosił się na wizytę. Okazało się, że u każdego z pacjentów uzyskano popra-

¹⁰ Ch. VAN RIPER, J.V. IRWIN: *Artikulationsstörungen. Diagnose und Behandlung*. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin–Charlottenburg 1970. Za: J.T. KANIA: *Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej. Wybrane zagadnienia teoretyczne i praktyczne*. W: *Wybrane zagadnienia z defektologii*. T. 3. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1975. Przekład w: J.T. KANIA: *Szkice logopedyczne*. PTL, Lublin 2001, s. 312–313.

¹¹ K. BUNTON: *Speech versus Nonspeech: Different Tasks, Different Neural Organization*. „Seminars in Speech and Language”. Vol. 29(4)/2008, s. 267–275.

wę wymowy z nienormatywnej na normatywną (lub zbliżoną do normatywnej; średnia zmian dla całej populacji wyniosła 8,83 za pomocą wywoływania głosek i samoregulacji. Istotne jest to, że uzyskano różne proporcje zmian w zależności od pacjenta, liczby nienormatywnie realizowanych fonemów, liczby i rodzaju wadliwych warunków anatomicznych i/lub czynnościowych. Problem zależności pomiędzy wymienionymi zmiennymi wymaga kolejnych badań. uwzględniających jakość warunków anatomicznych i czynnościowych.

Badałam nieoceniane do tej pory w logopedii zjawisko efektu domina i samoregulacji. Możliwości „samonaprawiania” własnego systemu fonetycznego przez pacjenta opisałam jakościowo. Wyniki badań zachęcają do dalszej eksploatacji tego zagadnienia i poszukiwania odpowiedzi, czy w odniesieniu do wszystkich pacjentów z dyslalią obwodową konieczna jest bardzo intensywna terapia, czy też może w niektórych przypadkach lub w odniesieniu do niektórych głosek albo faz fonetycznych wystarczy likwidacja przyczyny zaburzeń, np. ankyloglosji, i ukierunkowanie pracy pacjenta oraz okresowa kontrola u logopedy. Na to pytanie nie potrafię **jeszcze** odpowiedzieć.

5.3. SMURF a inne metody terapii

Biorąc pod uwagę analizy przedstawione w p. 2.2, 2.4 można dokonać pewnego porównania SMURF z innymi podejściami do terapii zaburzeń artykulacji lub istotnymi wątkami interwencji terapeutycznej. Ponieważ SMURF dotyczy zaburzeń wymowy warunkowanych obwodowo, naturalne staje się dopasowanie terapii do przyczyn tego typu dysfunkcji. SMURF jest jednak podejściem, które przekracza granice wyznaczone terapią tradycyjną, czerpiąc także w pewnym zakresie z interwencji fonologicznej (zob. p. 2.4), co może zaskakiwać.

W porównaniu z interwencją tradycyjną, która jest utożsamiana z Ch. van Riperem¹², SMURF cechuje:

- charakter systemowy, gdyż uwzględnia związki – w sensie mechanicznym – między pozycją języka podczas głównych czynności biologicznych a potrzebami artykulacyjnymi wielu głosek polskiego systemu fonetycznego;
- systemowość jako cechę terapii za pomocą SMURF można także odnieść do podejścia w ustalaniu sekwencji terapii głosek, a także podczas wywoływania w szybkim następstwie czasu więcej niż jednej głoski o tej samej cesze fonetycznej, np. miejscu artykulacji; w ten sposób SMURF można przeciwstawić terapii tradycyjnej, wedle której logopeda pracuje nad jedną głoską i następnie – po przejściu całego cyklu pracy – przystępuje do pracy nad kolejną, co oznacza podejście fragmentaryczne;

¹² Ch. VAN RIPER, J.V. IRWIN: *Artikulationsstörungen...*

- wykorzystanie analiz dotyczących architektury zaburzonego systemu fonemowo-fonetycznego wraz z powiązaniami pomiędzy głoskami podczas ustalania sekwencji terapii głosek, co nawiązuje – w sensie operacyjnym – do podejścia w przypadku interwencji fonologicznej;
- wykorzystanie nie tylko rozwojowej, ale także terapeutycznej sekwencji terapii głosek lub mieszanej, co ma związek z analizami lingwistycznymi, logopedycznymi i biologicznymi, np. fizjologią artykulacji;
- rezygnacja z NČNM, a wprowadzenie strategii warunków progowych sprawności narządów mowy, która umożliwia wywoływanie wybranej głoski; istotne znaczenie w przypadku zaburzeń czynności biologicznych ma wywołanie pozycji wertykalno-horyzontalnej języka, która może być wykorzystana także do wywoływania wielu głosek;
- redefinicja zwrotu *wywoływanie głoski*, co oznacza uznanie, że w istocie logopeda wywołuje cechę lub cechy fonetyczne, które w głoskowych realizacjach fonemu są nienormatywne; oczywiście, że efektem takich zabiegów jest nowa głoska, jednakże taka perspektywa wywoływania głoski z jednej strony nawiązuje do wyników oceny wymowy (w kategoriach opisu cechy lub cech fonetycznych nienormatywnych, zob. p. 2.2.2), z drugiej zaś uświadamia istotę pracy logopedy podczas wywoływania głoski; wprowadzanie wywołanej cechy fonetycznej do mowy codziennej pacjenta ma charakter systemowy, ponieważ pacjent poznaje daną cechę fonetyczną, np. dźwiękowość, podczas wywoływania głoski [č], a logopeda może specjalnie prowokować pacjenta do wykorzystania tej cechy w innych głoskach danej klasy (wykorzystanie wywołanej cechy fonetycznej do artykulacji innych głosek może mieć też charakter spontaniczny, co obserwowałam podczas badań), zob. efekt domina i samoregulacja);
- rezygnacja z wywoływania głoski jedynie w izolacji, a następnie wprowadzania ją w sylaby na rzecz dopasowania metody i ramy wywoływanej głoski do pacjenta, co oznacza możliwość wywoływania głoski w różnych ramach, np. w izolacji, w nagłosie sylab, w grupach spółgłoskowych, w śródgłosie;
- rekomendowanie (ale nie bezwzględna reguła) metody syntetycznej do wywoływania głoski inicjującej pracę nad daną grupą głosek dentalizowanych, co ma związek z doniesieniami z neurologii na temat integralnego charakteru zadania, jakim jest mowa, a także analizami dotyczącymi rozwoju fonetycznego (zob. p. 2.4, 4.3.8.1);
- odejście od obowiązkowego przestrzegania paradygmatu przechodzenia przez wszystkie fazy terapii określanej przez Ch. van Rípera, co oznacza, że w czasie jednej sesji można pracować nie nad jedną głoską, ale wywoływać kilka głosek, które łączy jakaś cecha wspólna, np. miejsce artykulacji, co oznacza uwzględnianie rozwiązań systemowych;
- uwzględnianie polaryzacji głoski, co oznacza poznawanie przez pacjenta opozycji fonemowych i fonetycznych podczas ćwiczeń słuchu fonemowego i fone-

tycznego w celu zdobycia praktycznej wiedzy na temat systemu fonemowego i fonetycznego języka polskiego, co umożliwia tworzenie przez pacjenta uogólnień i sprzyja automatyzacji głosek; nowa głoska lub głoski zostają poddane analizie słuchowej i artykulacyjnej na tle innych głosek o określonych cechach akustycznych, audytywnych i artykulacyjnych, co oznacza terapię systemową a nie fragmentaryczną;

- wykorzystanie efektu domina i samoregulacji, które sprzyjają intensyfikowaniu terapii;
- rozwijanie kompetencji i sprawności językowych, komunikacyjnych i kulturowych, co ma związek z uznaniem, że mowa jest układem czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek podczas poznawania świata, komunikacji i życia społecznego;
- uwzględnianie tezy o krzyżowaniu się w jednej przestrzeni ustno-twarzowo-gardłowej czynności biologicznych i artykulacji, co oznacza pracę nad normowaniem czynności biologicznych i artykulacji wraz z śródwymawianiową pozycją języka.

Niektóre z opisanych cech SMURF zostały sprawdzone w zaprezentowanych badaniach, inne zaś powinny zostać dokładnie zweryfikowane. Ponieważ logopeda podczas terapii wykorzystuje zazwyczaj podejście eklektyczne, należy podkreślić, że SMURF nie zamyka drogi do wykorzystania innych metod zgodnie z dewizą, że każdy pacjent jest inny i wymaga „szycia terapii na jego miarę”.

Niektóre metody pracy proponowane w SMURF mogą, ale nie muszą się sprawdzić w innych zaburzeniach niż obwodowe, podobnie jak w przypadku zaburzeń obwodowych mogą, a nie muszą się sprawdzić metody stosowane w innych zaburzeniach, jak w autyzmie, alalii, jąkanii. W dobieraniu metody terapii do pacjenta istotna jest wiedza o mechanizmie zaburzenia, a jednocześnie otwarty umysł logopedy, który zgodnie z E-BP szuka najlepszego sposobu pomocy, wykorzystując wyniki badań, możliwości i preferencje pacjenta oraz diagnozę kliniczną. W SMURF obowiązuje główna zasada: metodę terapii należy dopasować do pacjenta, dlatego liczba proponowanych strategii terapii jest znaczna (i nie jest wyczerpana).

5.4. Czary i sztuczki podczas wywoływania głosek?

Niektórzy logopedzi poszukują cudownych guziczków terapeutycznych, po naciśnięciu których pacjent wypowie upragnioną przez siebie, opiekunów i logopedę głoskę. Takich metod nie ma, ponieważ pacjenci są różni, a zmiennych wpływających na efekt terapii jest bardzo wiele. Niektórych z nich nie jesteśmy w stanie nawet badać, ponieważ – jak przypuszczam – jeszcze ich nie znamy.

Analiza wyników diagnozy objawowo-przyczynowej w przypadku zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo nie jest łatwa, ponieważ zarówno czynności biologiczne, jak i artykulacja odbywają się w jednej przestrzeni orofacialnej. Nieprawidłowy przebieg jednej z ścieżek rozwojowych zmienia warunki rozwoju innych, w tym artykulacji. Prowadzenie badań nad znaczeniem poszczególnych czynników dla konstytuowania się wad wymowy nie jest łatwe, gdyż trudno wyizolować poszczególne rodzaje uwarunkowań. Nie mam przekonania, że o zaburzeniach realizacji fonemów warunkowanych obwodowo już wiemy wszystko, pomimo tych trudności podstawą terapii powinna być jednak diagnoza objawowo-przyczynowa sporządzana na miarę współczesnej wiedzy.

Pierwsza głoska została wywołana u 26,1% osób na pierwszej wizycie i u 36,2% osób na drugiej, nie jestem jednak w stanie porównać tego wyniku do innych, gdyż podobnych badań nie prowadzono. Pojawia się jednak pytanie: to szybkie czy wolne tempo? Jeśli odpowiemy, że wolne – to dlaczego? Jeśli odpowiemy, że tempo jest szybkie, to także można zapytać – dlaczego?

Myszę, że wstępnie na ostatnie pytanie można odpowiedzieć w sposób następujący: szybkość wywoływania pierwszej głoski I fazy fonetycznej ma najprawdopodobniej związek z takimi zjawiskami, jak całkowita lub częściowa likwidacja ankyloglosji, wybór głoski podyktowany analizą objawu i przyczyn zaburzeń realizacji fonemów, ćwiczenie pozycji w-h języka, a rezygnacja z NĆNM opisywanych w większości poradników, ćwiczenie lub inauguracja prawidłowej pozycji spoczynkowej języka i u niektórych osób połykania, jak również wiedza fonetyczna i dotycząca fizjologii artykulacji, jaką uwzględniono w badaniach.

Istotnym czynnikiem, jak należy sądzić – co wynika z efektu domina – są własne zdolności organizmu pacjenta do „samouzdrawiania” własnego systemu fonetycznego. Np. po usunięciu przeszkody w podnoszeniu języka, pacjent sam – świadomie lub nieświadomie – wykorzystuje nowy potencjał anatomiczny i czynnościowy. Można zatem powiedzieć, że za czarami i sztuczkami podczas wywoływania głosek odnajdujemy wiedzę logopedy, w tym wiedzę lingwistyczną, logopedyczną, medyczną i psychologiczną, którą wykorzystuje podczas diagnozy objawowo-przyczynowej i terapii.

Komentując problem badania efektywności poszczególnych metod terapii, należy zwrócić uwagę na ważną okoliczność. Wiąże się ona z niemożliwością – z powodów etycznych i pryncypialnych wartości, do jakich należy dobro pacjenta – projektowania i prowadzenia badań z wykorzystaniem grup, z których jedna byłaby poddana terapii szkodliwej, np. bez leczenia laryngologicznego, ze specjalnie nieprawidłowo prowadzonymi zajęciami. Takich badań nie wolno wykonywać.

5.5. Czy istnieją uniwersalne metody terapii?

Gdyby odpowiedź na postawione pytanie była twierdząca, logopedzi nie byłoby potrzebni, gdyż prowadzenie terapii nie wymagałoby nieustannej refleksji na temat modyfikowania stosowanego sposobu pracy ze względu na stałą aktualizację diagnozy i obserwowane bieżące trudności pacjenta. Taką terapię mógłby prowadzić dobrze wyszkolony technik lub nawet robot. Chociaż Yuval Noah Harari w książce *Homo deus. Krótka historia jutra*¹³, analizując historię gatunku ludzkiego, prognozuje coraz większy udział maszyn w życiu człowieka czy też wręcz zachwianie współczesnej relacji człowiek – maszyna, na razie nie będzie można jednak – przynajmniej podczas terapii logopedycznej – dokonać wymiany człowieka na najsprawniejszy komputer.

Praktyka pokazuje też, że zazwyczaj logopeda, prowadząc zajęcia, wykorzystuje zasadę eklektyzmu, co oznacza, że sięga do różnych metod, wybierając z nich te elementy czy też wątki metodyczne, które pozwalają na dopasowanie niesionej pomocy do pacjenta. Przykładem takiego postępowania jest terapia zaburzeń płynności mówienia, niepełnosprawności intelektualnej, autyzmu czy wady rozszczepowej¹⁴. Najważniejszym pytaniem, które logopeda powinien sobie zadawać podczas terapii, gdy napotyka trudności, brzmi: dlaczego moje działania, np. przy wywoływaniu głoski [r], są nieskuteczne? Oznacza to powrót do diagnozy i jej dopełnienie, ale także poszukiwanie przyczyn takiego stanu rzeczy we własnej – być może nieprawidłowej – aktywności związanej z diagnozą i terapią.

5.6. Propozycje, wątpliwości, ograniczenia

Nie podjęłam dokładnych analiz znaczenia zaangażowania w terapię pacjenta i jego opiekunów lub samego pacjenta, gdyż mierzenie tego typu cech jest trudne, a wyniki – jak sądzę – mogą być niemiarodajne. Wyniki badań ukazujące dynamikę terapii pokazują, że w grupie osób w wieku 15–40 lat tempo dokonujących się przemian jest największe. Być może ma to związek właśnie z zaangażowaniem w terapię, rodzajem uświadomionych wartości i potrzeb, rozumieniem znaczenia ćwiczeń. Dlatego podczas zajęć z małymi dziećmi zwracałam uwagę

¹³ Y.N. HARARI: *Homo deus. Krótka historia jutra*. Przeł. M. ROMANEK. Wydawnictwo Literackie, Warszawa 2018.

¹⁴ *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*. Red. S. GRABIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.

na podmiotowe traktowanie pacjenta, starając się rozbudzić motywację do „ładnego mówienia” – wiem, że wtedy dzieci same chcą pracować, wykonywać nawet niełatwe dla nich zadania. Nie określałam liczby minut ćwiczeń w domu, ale umawiałam się z dzieckiem, że będzie się starało np. ładnie mówić zawsze, gdy opowiada mamie o przedszkolu, lub trzymać język na podniebieniu podczas proponowanych mu zabaw, słuchania bajek. Za każdym razem negocjowałam – nawet z małym dzieckiem – zasady powtarzania ćwiczeń w domu, uwzględniając jego możliwości.

Nie mogę porównać wyników prowadzonych badań z innymi lub nawet podobnymi do moich, gdyż nie prowadzono podobnych studiów empirycznych. Myslę jednak, że przedstawiona analiza logopedyczno-lingwistyczna pozwoliła – oprócz innych korzyści – na wgląd za kuliszy terapii i zaproponowanie pewnego paradygmatu badania efektywności terapii w przypadku zaburzeń realizacji fonemów warunkowanych obwodowo. Z pewnością nie udało mi się pokazać tego, co także określa skuteczność działań podejmowanych w odniesieniu do pacjenta, a mianowicie sposobu kontaktu i prowadzenia terapii podczas uczenia go kolejnych umiejętności, co utożsamiam z niedoskonałością języka, którym się posługujemy.

Należałoby podjąć szczegółowe badania na temat znaczenia ćwiczeń synchronicznych warg i języka (opisanych w FTM), a także z wykorzystaniem oporowania, chociaż w innych metodach terapii miodfunkcjonalnej są one rekomendowane. W trakcie prowadzonej przeze mnie terapii korzystałam z nich stosunkowo rzadko, skupiając się na ćwiczeniach czynności prymarnych i artykulacji.

Logopedia ma rozwijającą się teorię dyslalii. To ważny obszar refleksji naukowej. Należałoby dążyć do badań jakości realizacji fonemów u osób z normą biologiczną i bez takiej normy, także z wykorzystaniem nowoczesnego instrumentarium, pamiętając jednak, że np. użycie artykulografu nie umożliwia poznania wszystkich parametrów wymowy, a badanie logopedyczne może dopełnić ocenę wymowy za pomocą tego urządzenia. Dobrze byłoby zatem porównać wyniki badań wymowy prowadzonych za pomocą urządzeń, takich jak artykulograf, z wynikami oceny artykulacji prowadzonej przez logopedę za pomocą ucha i oka. Wszak badania instrumentalne mają służyć nie tylko nauce, ale także pacjentom z zaburzeniami wymowy.

Przy sporządzaniu katalogu właściwości tworzonych głosek u osób „z normą biologiczną” istotne jest ustalenie jasnych kryteriów prawidłowej budowy narządów mowy i czynności biologicznych, a także badanie osób z wadami wymowy określonego typu. Analiza wyników badań Anity Lorenc uświadamia, że problematyka normy wymawianiowej z użyciem nowoczesnej aparatury – jak sądzę – jest bardziej złożona, niż wydawało się dawniej, a wykorzystanie artykulografu nie rozwiąże wszystkich problemów związanych z oceną wymowy. Dobrze, że autorka podjęła swoje badania.

Należałoby podjąć dyskusję z lekarzami – chirurgami, ortodontami, laryngologami, pediatrami – na temat współpracy opartej na poszanowaniu wzajemnych kompetencji i metod postępowania. Była o tym mowa w różnych miejscach monografii, gdy np. w kontekście wędzidełka języka pokazywałam logopedyczną perspektywę oceny jego długości i porównywałam z oceną lekarza. Wskazywałam na potrzeby artykulacyjne głosek, które bierze pod uwagę logopeda, oceniając długość wędzidełka i skorelowaną z nią ruchomość języka. Inną perspektywę oceny ruchomości języka prezentuje lekarz.

Badania nad rozwojem systemu fonemowo-fonetycznego u dzieci należałoby prowadzić od urodzenia (a nie tylko uwzględniając wiek przedszkolny, co często odnajdujemy w badaniach) i powinny się one odbywać – co istotne – z uwzględnieniem warunków anatomicznych, czynnościowych i percepcyjnych dziecka. Myślę, że u dzieci z prawidłowymi warunkami biologicznymi odnajdziemy normę rozwoju fonetycznego. Ważna jest także metoda badania wymowy, która powinna dostarczać możliwie największą liczbę danych o artykułowanych przez dziecko głoskach. Oznacza to przyjęcie w ocenie wymowy metody słuchowo-wzrokowej czy też wielozmysłowej, o której była mowa w niniejszej monografii.

5.7. O propozycjach modyfikacji SMURF

Prowadzone badania i ich analizy pozwalają na następujące uwagi w odniesieniu do SMURF i FTM:

1. Myślę, że należy wprowadzić do pierwszego etapu strategię, którą można nazwać *strategią kontraktu terapeutycznego*, co wiąże się z podmiotowym traktowaniem pacjenta i jego opiekunów (jeśli pracujemy z dzieckiem z zaburzeniami mowy) lub dorosłej osoby poddanej terapii.
2. Przy wywoływaniu głosek (np. gdy żadna z proponowanych metod pracy nie jest skuteczna) należałoby wprowadzić strategię eksperymentowania¹⁵, aby zachęcać logopedów do oderwania się od ram SMURF i innych metod opisywanych przez autorów rozmaitych poradników na temat terapii w celu poszukiwania własnej drogi i sposobów pracy (nie można zamykać się w ramie metody i swojego myślenia). Pacjenci są różni i w końcu zgłosi się do nas osoba z zaburzeniami wymowy, u której znane metody pracy nie przyniosą efektu, także te opisane w SMURF. Gdyby było inaczej, logopedzi nie szukaliby coraz to nowych sposobów pracy i korzystaliby z jednego poradnika.

¹⁵ Zauważmy, że nawet małe dziecko podczas rozwoju fonetycznego eksperymentuje, bawi się narządami mowy.

3. Śródwymawianiową pozycję języka można ćwiczyć już na etapie wyrazów i wyrażeń.
4. Ćwiczenie pozycji spoczynkowej języka można łączyć z ćwiczeniami artykulacji, np. po zakończeniu wypowiedzi język wraca na podniebienie.
5. Istotne są sondy przeprowadzane przed wywoływaniem wybranej do ćwiczeń głoski.
6. Korzystne byłoby wprowadzenie – jak sądzę, w szczególności, mając na względzie młodych logopedów i studentów logopedii – strategii o nazwie *prowadzenie diagnozy uzupełniającej*, której efekty pozwalają na modyfikację zaplanowanych działań.

Opisując SMURF, nie udało mi się przekazać wszystkich niuansów stosowanych metod i strategii, co – o czym jestem przekonana – wynika z niedoskonałości języka, którym się posługujemy. Nie można wykluczyć, że uzyskane wyniki badań wiążą się nie tylko z wypracowanym i doskonalonym przeze mnie przez lata sposobem pracy, ale także np. z indywidualnym – bo związanym z właściwościami mojej osobowości – stylem kontaktu z pacjentem i jego opiekunami, sposobem formułowania i przekazywania instrukcji, zaleceń, rad. Podobne trudności dotyczą generalnie wszystkich publikacji na temat opisu różnych metod terapii.

Zakończenie

Racjonalny umysł stawia sobie za cel zrozumienie rzeczywistości. Oznacza to, że wyjaśnia za pomocą dostępnych narzędzi mechanizm obserwowanych zjawisk. Służą mu do tego różne paradygmaty, z których jedne lepiej, a inne gorzej wyjaśniają badane zjawiska. Przyjęty model oceny efektywności terapii logopedycznej ukazał skuteczność proponowanego stylu pracy, podjęte badania nie odpowiedziały jednak na wszystkie pytania, które pojawiły się w toku prowadzonych analiz. Co więcej, przeprowadzone badania zachęcają do dalszych poszukiwań, są bowiem pierwszymi w Polsce, które – zgodnie z wyróżnionymi kategoriami – dotyczą skuteczności terapii zaburzeń obwodowych. Obowiązujące do tej pory, a niesprawdzone w badaniach różne reguły metodyczne i propozycje terapii zaburzeń obwodowych nie zostały w przeszłości poddane weryfikacji u osób polskojęzycznych, dlatego wyniki przeprowadzonych badań stają się dla nich pewnym lustrem.

Osoba poznająca rzeczywistość za pomocą umysłu stale wątpi i poszukuje odpowiedzi na pytania. Oznacza to, że naukowiec także pyta. W logopedii spotykają się dwie ścieżki: budowanie teorii i praktyka. Rozwijająca się logopedia powinna dążyć (i dąży) do spotkania logopedycznych procedur naukowych z praktyką, co oznacza sprawdzanie stosowanych od lat metod, np. usprawniania realizacji fonemów. Zaprezentowane badania wpisują się w postulat opisany w E-BP. Poszukiwanie interpretacji zjawisk otaczającego świata powinno być także domeną logopedy praktyka, który podczas diagnozy, ale i terapii stale zadaje sobie pytanie: jak jest i dlaczego tak jest? Pozwala mu to na dopasowanie własnych metod pracy do pacjenta. Co więcej, pamięć archiwizuje doświadczenia i wiedzę zdobywaną podczas stałego samodoskonalenia, śledzenia nowych publikacji i praktyki, a także analizowania własnych błędów. Integracja wiedzy naukowej na temat mowy i jej zaburzeń wraz z diagnozą pacjenta obejmującą także jego preferencje i wartości stają się źródłem wyboru skutecznych metod terapii dopasowanych do pacjenta.

„Mapa to nie terytorium” – takie słowa cytowane przez Stanisława Grabiasa napisał Alfred Korzybski¹. Możemy dodać, w logopedii trzeba spotkać się nie tylko z krajobrazem, ale także z jego schematyczną mapą.

Powinniśmy też pamiętać, że to, co dziś wydaje się prawdą, jutro może być uznane za wiedzę niepełną lub nawet fałsz. Ma to związek z ciągłym postępem nauki. Można powiedzieć, że prawo jest po to, aby cywilizować nasze zachowania, a nauka – aby porządkować nasze działania praktyczne. Maria Skłodowska-Curie miała ponoć w taki sposób ukazać rolę nauki: chodzi o „przesuwanie granic poznania”. Mam nadzieję, że przedstawione badania dotyczące niełatwej materii, jaką jest efektywność terapii, spełniły ten postulat. Nie oznacza to, że podjęty temat został wyczerpany – wręcz przeciwnie.

Logopedia znajduje się między lingwistyką a medycyną – powiedział na jednej z konferencji Stanisław Grabias. Słowa te pozwoliły mi na przeprowadzenie analiz ukazujących miejsce logopedii w przestrzeni epistemologicznej. Okazuje się, że logopedia nie tylko czerpie z lingwistyki i medycyny, ale także dopełnia je i ubogaca, oświecla bowiem w logopedyczny sposób dyskurs zaburzony. Dokładnej analizy wymaga także porównanie logopedii z pedagogiką i psychologią, co zostało jedynie zaakcentowane w niniejszej monografii.

Zgodnie z maksymą: w poszanowaniu tradycji, ale uwzględniając współczesne wyniki badań, jak również w trosce o przyszłość, przedstawiłam w rozdziale 2 analizy dotyczące transformacji sposobu diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów o etiologii obwodowej. Skupiłam się na przedstawieniu głównych wątków obserwowanych zmian, co widać w doborze literatury, którą wykorzystałam. W logopedycznej refleksji naukowej odnajdujemy spójną teorię dyslalii, która może być podstawą procedur badawczych stosowanych w badaniach naukowych i w praktyce. Logopedia ubogaca lingwistykę i medycynę, służąc jednocześnie pacjentom z zaburzeniami mowy. Dzieje się tak, ponieważ język i jego użycie jest człowiekowi potrzebne jak powietrze. Ludwig Wittgenstein pisał: „Sam przez się każdy znak zdaje się martwy. Co nadaje mu życie? – Żyje on w użyciu. Czy ma wówczas tchnienie życia? – A może jego tchnieniem jest użycie?”².

Jestem także głęboko przekonana, że wiedza tworzona współcześnie w logopedii czerpie z przeszłych pokoleń i nic nowego nie może się zdarzyć bez sięgania do źródeł z przeszłości. Izaak Newton miał ponoć powiedzieć, że możemy sięgać tak daleko, ponieważ stoimy na ramionach gigantów, przy czym owe olbrzymy dla logopedii – oprócz badaczy budujących jej podwaliny i prowadzących nową

¹ A. KORZYBSKI: *Science and Sanity. An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics*. The International Non-Aristotelian Library Publishing Company, Lakeville 1958; za: S. GRABIAS: *Język w zachowaniach społecznych*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2001, s. 46.

² L. WITTGENSTEIN: *Dociekania filozoficzne*. PWN, Warszawa, par. 432. Za: G. GODLEWSKI: *Słowo – pismo – sztuka słowa. Perspektywy antropologiczne*. Wydawnictwo UW, Warszawa 2008, s. 125.

dyscyplinę w kierunku samodzielności – to przede wszystkim lingwistyka, z której czerpiemy podstawy opisu i analiz zaburzeń mowy, oraz wiedza płynąca z biologii i medycyny, a także psychologii umożliwiającą interpretację stwierdzonych zaburzeń mowy. Sama zaś logopedia staje się gigantem w integrowaniu wiedzy płynącej z wymienionych nauk, co ma związek z prowadzonymi badaniami, doskonaleniem własnego aparatu pojęciowego, tworzeniem teorii zaburzeń mowy oraz procedur postępowania.

Bibliografia

- AJDUKIEWICZ K.: *Metodologiczne typy nauk*. W: K. AJDUKIEWICZ: *Język i poznanie*. T. 1. PWN, Warszawa 1985.
- Akwizycja języka w świetle językoznawstwa kognitywnego. Red. E. DĄBROWSKA, W. KUBIŃSKI. Universitas, Kraków 2003.
- ANTKOWSKI F.: *Patologia mowy w przypadkach „palatoschisis”*. „Biuletyn Fonograficzny”, nr 2/1957.
- ANTKOWSKI F.: *Uwagi o rehabilitacji (retranspozycji) mowy*. „Biuletyn Fonograficzny”, nr 3/1960.
- ANTOS D., DEMEL G., STYCZEK I.: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*. WSiP, Warszawa 1971.
- ARYSTOTELES: *O duszy*. Przeł. P. SIWEK. PWN, Warszawa 1988.
- BADIN P., SAWALLIS T.R., CRÉPEL S., LAMALLE L.: *Comparison of articulatory strategies for a bilingual speaker: Preliminary data and models*. Cologne 2014; http://www.gipsalab.fr/~pierre.badin/PublisPDF_Badin_Endnote/Badin_Sawallis_Crepel_Lamalle_Bilingualism_Correct_ISSP10_2014.pdf 50.
- BAUDOUIN DE COURTENAY J.N.: *O języku polskim*. Wyb. i red. J. BASARA, M. SZYMCHAK. PWN, Warszawa 1984.
- BENNI T.: *Fonetyka opisowa języka polskiego z obrazami głosek polskich podług M. Albińskiego*. Wydawnictwo: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1958.
- BERNTHAL J.B., BANKSON N.W., FLIPSEN P.: *Articulation and phonological disorders*. 6th ed. Allyn & Bacon, Columbus, OH 2009.
- BIERNACKA M.: *Znajdź z polskim wspólny język. Fonetyka w nauczaniu języka polskiego jako obcego. Poradnik metodyczny*. Wydawnictwo UŁ, Łódź 2016.
- BIGENZAHN W., FISCHMAN L., MAYRHOFER-KRAMMEL U.: *Myofunctional Therapy in Patients with Orofacial Dysfunctions Affecting Speech*. „Folia Phoniatica et Logopaedica”. Vol. 44(5)/1992, DOI: 10.1159/000266155.
- BINKUŃSKA E.: *Sygmatyzm właściwy i parasygmatyzm a budowa oraz funkcjonowanie narządów mowy u dzieci*. „Forum Logopedyczne”, nr 24/2016.
- BLACHE S.E., PARSONS C.L., HUMPHREYS J.L.: *A minimal-word-pair model for teaching linguistic significance of distinctive feature properties*. „Journal of Speech and Hearing Disorders”. Vol. 46/1981.
- BOKUS B., SHUGAR G.W.: *Psychologia języka dziecka – stare pytania, nowe dane, nowe hipotezy*. W: *Psychologia języka dziecka*. Red. B. BOKUS, G.W. SHUGAR. GWP, Gdańsk 2007.
- BRACKENBURY T., BURROUGHS E., HEWITT L.E.: *A Qualitative Examination of Current Guidelines for Evidence-Based Practice in Child Language Intervention*. „Language Speech and Hearing Services in Schools”. Vol. 38(1)/2008.

- BRAJERSKI T.: *Rozwój sprawności artykulacyjnej u kilkorga dzieci ze środowiska inteligenckiego*. „Logopedia”. T. 7/1967.
- BRUMBAUGH K.M., SMIT A.B.: *Treating children ages 3–6 who have speech sound disorder. A survey*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”. Vol. 44(3)/2013.
- BRZEZIŃSKI J.: *Metodologia badań psychologicznych*. PWN, Warszawa 2004.
- BUNTON K.E.: *Speech versus Nonspeech: Different Tasks, Different Neural Organization*. „Seminars in Speech and Language”. Vol. 29(4)/2008.
- CAJAL C.L.R.: *Description of human fetal laryngeal functions: phonation*. „Early Human Development”. Vol. 45/1996.
- CHOMSKY N.A.: *Zagadnienia teorii składni*. Przeł. I. JAKUBCZAK. Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wrocław i in. 1982.
- CHRISTENSEN M.S., HANSON M.L.: *An Investigation of the Efficacy of Oral Myofunctional Therapy as a Precursor to Articulation Therapy for Pre-First Grade Children*. „Journal of Speech and Hearing Disorders”. Vol. 46 (2)/1981, DOI: 10.1044/jshd.4602.160.
- CIESZYŃSKA J., KORENDO M.: *Wczesna interwencja terapeutyczna*. Wydawnictwo Edukacyjne. Kraków 2007.
- CIESZYŃSKA J.: *Metody wywoływania głosek*. Centrum Metody Krakowskiej, Kraków 2012.
- CIESZYŃSKA J.: *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*. Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2001.
- CLAUZADE M., MARTY J.-P.: *Orthoposturodentie*. Vol. 2. S.E.O.O., Perpignan 2006.
- CZAPLEWSKA E.: *Diagnoza zaburzeń rozwoju artykulacji*. W: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*. Red. E. CZAPLEWSKA, S. MILEWSKI. GWP, Sopot 2012.
- CZAPLEWSKA E.: *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze specyficznym zaburzeniem rozwoju językowego (SLI)*. Harmonia Universalis, Gdańsk 2012.
- DE SAUSSURE F.: *Kurs językoznawstwa ogólnego*. Tłum. K. KASPRZYK. PWN, Warszawa 1991.
- DE VRIES J.I., VISSER G.H., PRECHTL H.F.: *The emergence of fetal behaviour. Qualitative aspects*. „Early Human Development”. Vol. 12(2)/1985.
- DEMEL G.: *Elementy logopedii*. WSiP, Warszawa 1979.
- DEMEL G.: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. WSiP, Warszawa 1978.
- DĘBSKI S., DĘBSKI D.: *Ekonomia i organizacja przedsiębiorstw*. WSiP, Warszawa 2006.
- DĘSKA M.: *Fonetyka polska. Artykulacje głosek polskich*. PWN, Warszawa–Kraków 1986.
- DOMAGAŁA A.: *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.
- DOROSZEWSKI W.: *Jan Baudouin de Courtenay – językoznawca i myśliciel*. W: J.N. BAUDOUIN DE COURTENAY: *Dzieła wybrane*. Oprac. W. DOROSZEWSKI i in. T. 1. PWN, Warszawa 1974.
- EDWARDS M.L.: *Selection criteria for developing therapy goals*. „Communication Disorders Quarterly”. Vol. 7/1983.
- ELBERT M., MCREYNOLDS L.V.: *An experimental analysis of misarticulating children's generalization*. „Journal of Speech and Hearing Research”. Vol. 21/1978.
- EMILUTA-ROZYA D.: *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2014.
- EMILUTA-ROZYA D.: *Formy zaburzeń mowy*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012.
- Encyklopedia PWN*. Wersja internetowa; <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/logopedia.html>.
- FORREST K.: *Are oral-motor exercises useful in treatment of phonological/articulation disorders?* „Seminars in Speech and Language”. Vol. 23/2002.
- GADAMER H.-G.: *Człowiek i język*. W: *Antropologia słowa. Zagadnienia i wybór tekstów*. Oprac. G. GODLEWSKI, A. MENCWEL, R. SULIMA. Red. G. GODLEWSKI. Wydawnictwo UW. Warszawa 2003.

- GICK B., WILSON I., DERRICK D.: *Articulatory phonetics*. A John Wiley& Sons, Ltd. Publication, Malden, MA, Oxford–Chichester 2014.
- GICK B., WILSON I., KOCH K., COOK C.: *Language-Specific Articulatory Settings: Evidence from Inter-Utterance Rest Position*. „Phonetica”. Vol. 61/2004.
- GODLEWSKI G.: *Słowo – pismo – sztuka słowa. Perspektywy antropologiczne*. Wydawnictwo UW, Warszawa 2008.
- GOLDING-KUSHNER K.: *Therapy Techniques for Cleft Palate Speech and Related Disorders*. Singular Thomson Learning, Australia–Canada–Mexico–Singapore–Spain–United Kingdom–United States 2001.
- GOMMERMAN S.L., HODGE M.M.: *Effects of oral myofunctional therapy on swallowing and sibilant production*. „The International Journal of Orofacial Myology”. Vol. 21/1995.
- GRABIAS S.: *Język w zachowaniach społecznych*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2001.
- GRABIAS S.: *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia”. T. 10/1997.
- GRABIAS S.: *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*. „Logopedia”. T. 37/2008.
- GRABIAS S.: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, Z.M. KURKOWSKI. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012.
- GROSSMAN J.: *Ćwiczenia zabawowe w rehabilitacji dzieci z rozszczepami podniebienia*. „Postępy Rehabilitacji”. T. 11/1997, z. 1.
- GROSSMAN J.: *Metodyka leczniczo-rehabilitacyjna w przypadkach wieloukładowych zaburzeń mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia*. „Logopedia”. T. 11/1976.
- GRUCZA S.: *Lingwistyka stosowana. Historia – zadania – osiągnięcia*. Seria: Języki, kultury, teksty, wiedza. Red. F. GRUCZA, J. LUKSZYN. T. 1. Warszawa 2007.
- GRUDZIAŻ-SĘKOWSKA J., OLCZAK-KOWALCZYK D., ZADURSKA M.: *Algorytm wczesnej diagnostyki wysokiego ryzyka wystąpienia wad wymowy u dzieci*. „Forum Ortodontyczne”. T. 14/2018.
- GRZEGORCZYKOWA R.: *Filozoficzne aspekty kategoryzacji*. W: *Językoznawcza kategoryzacja świata*. Red. R. GRZEGORCZYKOWA. Wydawnictwo UMCS, Lublin 1996.
- GRZEGORCZYKOWA R.: *Wstęp do językoznawstwa*. PWN, Warszawa 2007.
- GÚTHOVÁ M., ŠEBIANOVÁ D.: *Terapia dyslalie. V: Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*. Red. V. LECHTA et al. Vydavateľstvo Osveta, Martin 2002.
- HARARI Y.N.: *Homo deus. Krótka historia jutra*. Przeł. M. ROMANEK. Wydawnictwo Literackie, Warszawa 2018.
- HAZELBAKER A.: *Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF). Use in a lactation consultant's private practice*. Pacific Oaks College, Pasadena 1993.
- HENNINGSON G., ISBERG A.: *Velopharyngeal movement patterns in patients altering between oral and glottal articulation: a clinical and cineradiographical study*. „Cleft Palate Journal”. Vol. 23(1)/1986.
- HIEMAE K.M., PALMER J.B.: *Tongue movements in feeding and speech*. „Critical Reviews in Oral Biology & Medicine”. Vol. 14(6)/2003.
- HODSON B.W., PADEN E.P.: *Targeting intelligible speech*. College-Hill Press, San Diego, CA 1983.
- HODSON B.W., PADEN E.P.: *Targeting intelligible speech*. 2nd ed. Pro-Ed, Austin, TX 1991.
- HONIKMAN B.: *Articulatory settings*. In: *In Honour of Daniel Jones*. Eds. D. ABERCROMBIE, D.B. FRY, P.A.D. MACCARTHY, N.C. SCOTT, J.L.M. TRIM. Longmans, London 1964.
- HORTIS-DZIERZBICKA M.: *Nasofiberoskopia w ocenie zastosowania płata gardłowego w niewydolności podniebieno-gardłowej u pacjentów z rozszczepem podniebienia*. Borgis, Warszawa 2004.
- JANG S.-J., CHA B.-K., NGAN P., CHOI D.-S., LEE S.-K., JANG I.: *Relationship between the lingual frenulum and craniofacial morphology in adults*. „American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics”. Vol. 139(4)/2011.

- JASSEM W.: *Podstawy fonetyki akustycznej*. PWN, Warszawa 1973.
- JASTRĘBOWSKA G., PELC-PĘKAŁA O.: *Diagnoza i terapia zaburzeń artykulacji (dyslalii)*. W: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo UO, Opole 1999.
- JEŻEWSKA-KRASNODĘBSKA E.: *Przyczyny zaburzeń artykulacji zlokalizowane w układzie obwodowym*. Impuls, Kraków 2015.
- KACZMAREK L.: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1988.
- KACZMAREK L.: *O polskiej logopedii*. W: *Przedmiot logopedii*. Red. S. GRABIAS. Seria: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia*. T. 1. Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS, Lublin 1991.
- KACZOROWSKA-BRAY K.: *Kompetencja i sprawność językowa dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2017.
- KANIA J.T.: *Ćwiczenia usprawniające motorykę narządów mowy (szczęki dolnej, warg, języka i podniebienia miękkiego)*. „Szkoła Specjalna”, nr 33/1972.
- KANIA J.T.: *Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji*. „Biuletyn Fonograficzny”, nr 8/1967.
- KANIA J.T.: *Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej. Wybrane zagadnienia teoretyczne i praktyczne*. W: *Wybrane zagadnienia z defektologii*. T. 3. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1975.
- KANIA J.T.: *Klasyfikacja ćwiczeń artykulacyjnych*. „Szkoła Specjalna”, z. 3/1968.
- KANIA J.T.: *Podstawy językoznawczej klasyfikacji zaburzeń mowy*. „Język Polski”. R. 55/1975.
- KANIA J.T.: *Szkice logopedyczne*. WSiP, Warszawa 1982.
- KANIA J.T.: *Szkice logopedyczne*. PTL, Lublin 2001.
- KATSAROS Ch., KILIARIDIS S., BERG R.: *Leczenie zgryzu otwartego przedniego*. W: *Ortodoncja*. T. 2. Red. P. DIEDRICH. Wyd. 1 polskie. Red. A. MASZTALERZ. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2000.
- KLEIN E.: *Phonological/traditional approaches to articulation therapy: A retrospective group comparison*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”. Vol. 27/1996.
- KONOPSKA L.: *Desonoryzacja w dyslalii. Analiza artykulacyjna, akustyczna i audytywna*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2015.
- KONOPSKA L.: *Jakość wymowy u osób z wadą zgryzu*. „Logopedia”. T. 31/2002.
- KONOPSKA L.: *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2006.
- KORNAS-BIELA D.: *Okres prenatalny*. W: *Psychologia rozwoju człowieka*. T. 1. Red. B. HARWAS-NAPIERAŁA, M. PRZETACZNIK-GIEROWSKA, J. TREMPAŁA. PWN, Warszawa 2002.
- KORNAS-BIELA D.: *Prenatalne uwarunkowania rozwoju mowy*. W: *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Red. B. ROCLAWSKI. Glottispol, Gdańsk 1998.
- KORZYBSKI A.: *Science and Sanity. An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics*. The International Non-Aristotelian Library Publishing Company, Lakeville 1958.
- KOTARBIŃSKI T.: *Traktat o dobrej robocie*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1965.
- KOTLOW L.A.: *Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary*. „Quintessence International”. Vol. 30(4)/1999.
- KRAJNA E., BRYNDAL M.: *100-wyrazowy test artykulacyjny. Analiza słuchowa nagrań i próba normalizacji testu*. „Audiofonologia”. T. 14/1999.
- KRAJNA E.: *Doskonalenie artykulacji u dzieci przedszkolnych – wybrane zagadnienia*. „Logopedia”. T. 31/ 2002.
- KUHL P.K.: *Język, umysł i mózg: doświadczenie zmienia percepcję*. W: *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy*. Red. B. BOKUS, G.W. SHUGAR. GWP, Gdańsk 2007.
- KURCZ I.: *Psycholingwistyka*. PWN, Warszawa 1976.
- KURKOWSKI Z.M.: *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013.

- KURKOWSKI Z.M.: *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń mowy*. „Audiofonologia”. T. 10/1997.
- LADEFOGED P., MADDIESON I.: *The Sounds of the World's Languages*. Blackwell Publishing, Oxford 2008.
- LAKOFF G., JOHNSON M.: *Metafory w naszym życiu*. Przekł. i wstęp. T.P. KRZESZOWSKI. PIW, Warszawa 1988.
- LAKOFF G.: *Women, Fire and Dangerous Things: What Categories Reveal about the Mind*. University of Chicago Press, Chicago 1987.
- LANGACKER R.: *Foundations of Cognitive Grammar*. T. 1. Stanford University Press, Stanford 1987.
- LANGACKER R.: *Model dynamiczny oparty na uzusie językowym*. W: *Akwizycja języka w świetle językoznawstwa kognitywnego*. Red. E. DĄBROWSKA, W. KUBIŃSKI. Universitas, Kraków 2003.
- LANGACKER R.W.: *Wykłady z gramatyki kognitywnej*. Przekł. H. KARDELA, P. ŁOZOWSKI. Wydawnictwo UMCS, Lublin 1995.
- LASKOWSKI R.: *Fonetyka* (hasło). W: *Encyklopedia języka polskiego*. Red. S. URBAŃCZYK. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław-Warszawa-Kraków 1992.
- LASKOWSKI R.: *System fonologiczny języka polskiego*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław-Warszawa-Kraków 1992.
- LASS N.J., PANNBACKER M.: *The Application of Evidence-Based Practice to Nonspeech Oral Motor Treatments*. „Language Speech and Hearing Services in Schools”. Vol. 39(3)/2008.
- LEWIS B.A., SHRIBERG L.D., FREEBAIRN L.A., HANSEN A.J., STEIN C.M., TAYLOR H.G. et al.: *The genetic bases of speech sound disorders: evidence from spoken and written language*. „Journal of Speech Language and Hearing Research”. Vol. 49(1)/2006.
- LIMBRICK N., MCCORMACK J., MCLEOD S.: *Designs and decisions: the creation of informal measures for assessing speech production in children*. „International Journal of Speech-Language Pathology”. Vol. 15(3)/2013.
- LIPOWSKI J.: *Interferencje fonetyczne we współczesnych językach zachodniosłowiańskich*. W: *Język, komunikacja, Informacja*. T. 6. Red. I. KOUTNY, P. NOWAK. Sorus, Poznań 2011.
- LOF G.L.: *Controversies surrounding nonspeech oral motor exercises for childhood speech disorders*. „Seminars in Speech and Language”. Vol. 29(4)/2008.
- LOF G.L.: *Oral motor exercises and treatment outcomes*. „Perspectives on Language, Learning and Education”. Vol. 10(1)/2003.
- LOF G.L.: *The nonspeech-oral motor exercise phenomenon in speech pathology practice*. In: C. BOWER: *Children's speech sound disorders*. Wiley-Blackwell, Oxford 2009.
- Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*. Red. S. GRABIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.
- LOPES DE CASTRO MARTINELLI R., QUEIROZ MARCHESAN I., JORDÃO GUSMÃO R., MARQUES HONÓRIO H., BERRETIN-FELIX G.: *The effects of frenotomy on breastfeeding*. „Journal of Applied Oral Science”. Vol. 23(2)/2014.
- LORENC A.: *Kryteria diagnostyczne normy wymawianiowej*. W: *Logopedia artystyczna*. Red. B. KAMIŃSKA, S. MILEWSKI. Harmonia Universalis, Gdańsk 2016.
- LORENC A.: *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*. Dom Wydawniczy Elipsa. Warszawa 2016.
- LYNN WILLIAMS A., MCLEOD S., MCCAULEY R.: *Interventions for Speech Sound Disorders in Children*. Paul H. Brooks Publishing, Baltimore 2010.
- ŁOBACZ P.: *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*. Wydawnictwo Energeia, Warszawa 1996.
- ŁOBACZ P.: *Prawidłowy rozwój mowy dziecka*. W: *Podstawy neurologopedii*. Red. T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, G. JASTRZĘBOWSKA. Wydawnictwo UO, Opole 2005.
- ŁOBOCKI M.: *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Impuls, Warszawa 2006.

- ŁUCZYŃSKI E.: *Kategoria przypadku w ontogenezie, czyli o wchodzeniu dziecka w rzeczywistość gramatyczną*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2004.
- ŁUCZYŃSKI E.: *Rozgryzając tajniki mowy. Wiedza o języku polskim dla logopedów*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2011.
- ŁUSZCZUK M.: *Realizacja systemu fonologicznego polszczyzny u dzieci z zaburzeniami artykulacji szeregow dentalizowanych przy zastosowaniu terapii z wykorzystaniem trenera Myo T4K*. Rozprawa doktorska napisana w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego pod kierunkiem dra hab. Tomasza Woźniaka, prof. nadzw. UMCS. Lublin 2012.
- ŁYŻYCZKA I.: *Metody rehabilitacji wymowy u dzieci z rozszczepem podniebienia*. „Logopedia”. T. 13/1978.
- MACIOŁEK M., TAMBOR J.: *Głoski polskie. Przewodnik fonetyczny dla cudzoziemców i nauczycieli uczących języka polskiego jako obcego*. Wydawnictwo UŚ, Wydawnictwo Gnome, Katowice 2012.
- MACKIEWICZ B.: *Dysglosja jako jeden z objawów zespołu oddechowo-polykowego*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2002.
- MACKIEWICZ B.: *Odwzorowanie czynności pokarmowych w ruchach artykulacyjnych*. „Logopedia”. T. 29/2001.
- MACKIEWICZ B.: *Współzależność wad zgryzu i wymowy na tle przyczynowym*. „Magazyn Stomatologiczny”, nr 2/1992.
- MADEJOWA M.: *Współczesna polska norma językowa w zakresie wymowy samogłosek nosowych*. „Studia Phonetica Posnaniensia”, nr 1/1987.
- MADERSKA L.: *Posłuchaj, jak mówię. Materiały do ćwiczenia słuchu i wymowy dla dzieci oraz dla dorosłych, uczących się języka polskiego jako obcego (+ DVD)*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Wiedeń 2010.
- MAJEWSKA-TWOREK A.: *Rozwój sprawności artykulacyjnej dziecka w wieku przedszkolnym. Dialogowy test artykulacji. Podręcznik*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin 2001.
- MALICKA I.: *O współpracy logopedy i chirurga w przypadku ankyloglosji*. W: *Nowa logopedia. Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*. T. 2. Red. M. MICHALIK. Collegium Columbinum, Kraków 2011.
- MALICKA I.: *Przegląd badań dotyczących dysfunkcji mowy związanych z zaburzeniami oddychania*. „Studia Logopedica”. T. 6/2017.
- MALICKA I.: *Wstępne podsumowanie badań zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym z dysfunkcją fazy polykania i oddychania*. „Logopedia Silesiana”. T. 3/2014.
- McREYNOLDS L.V., BENNETT S.: *Distinctive feature generalization in articulation training*. „Journal of Speech and Hearing Research”. Vol. 37/1972.
- McREYNOLDS L.V.: *Articulation generalization during articulation training*. „Language and Speech”. Vol. 15/1972.
- MICHALAK-WIDERA I.: *Miłe uszom dźwięki. Usprawnianie narządów mowy i ćwiczenia prawidłowego wymawiania głosek*. Wydawca Unikat, Katowice 2007.
- MICHALAK-WIDERA I.: *O przeprowadzonych badaniach logopedycznych, czyli raport o stanie mowy uczniów jednej z katowickich szkół*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne”, nr 6/2004.
- MICHALAK-WIDERA I.: *Terapia dyslalii*. W: *W świecie logopedii. Materiały dydaktyczne*. Red. A. PODSTOLEC, K. WĘSIERSKA. Wydawnictwo Agencja Artystyczna PARA, Katowice 2012.
- MICHALIK M.: *„Zarządzanie jakością” w logopedii – propozycja metodologiczna*. W: *Nowa logopedia*. T. 5. *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*. Red. M. MICHALIK. Kraków 2014.
- MICHALIK M.: *„Zarządzanie jakością” w praktyce logopedycznej (na przykładzie diagnozowania stopnia przyswojenia kompetencji ortofonicznej przez dorosłych użytkowników języka)*. W: *Nowa logopedia*. T. 5. *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*. Red. M. MICHALIK. Kraków 2014.

- MICHALIK M.: *Kompetencja składniowa w normie i w zaburzeniach: ujęcie integrujące*. Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2011.
- MICHALIK M.: *Niemówienie jako problem lingwistyczny, kulturowy i szkolny. Uwagi neurolingwisty*. W: *Synergia. Mowa – Terapia – Wychowanie*. Red. M. MICHALIK, A. HETMAN. Wydawnictwo Pasaże, Jastrzębie-Zdrój-Kraków 2013.
- MICHALIK M.: *Niemówienie, milczenie, przemilczenie, pauza, czyli wielkie nic w teorii i praktyce logopedycznej*. W: *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*. Red. I. JAROS, R. GLIWA. Wydawnictwo UŁ, Łódź 2016.
- MICHALIK M.: *Procedury postępowania logopedycznego w świetle „teorii kompleksowego zarządzania jakością” i jej instrumentów*. „Logopedia”. T. 43/44/2014/2015.
- MICHALIK M.: *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*. W: *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*. Red. S. MILEWSKI, K. KACZOROWSKA-BRAY. Harmonia Universalis, Gdańsk 2015.
- MICHAŁOWSKA D.: *Podstawy polskiej wymowy scenicznej*. PWST im. Ludwika Solskiego w Krakowie, Kraków 1975.
- MIERZEJEWSKA H., EMILUTA-ROZYA D.: *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*. „Audiofonologia”. T. 10/1997.
- MILEWSKI S., KACZOROWSKA-BRAY K.: *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*. Harmonia Universalis, Gdańsk 2015.
- MILEWSKI S.: *Mowa dorosłych kierowana do niemowląt*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2004.
- MILLER J.L., SONIES B.C., MACEDONIA C.: *Emergence of oropharyngeal, laryngeal and swallowing activity in the developing fetal upper aerodigestive tract: an ultrasound evaluation*. „Early Human Development”. Vol. 71/2003.
- MIODEK J.: *ABC polszczyzny*. Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław 2000.
- MIODUNKA W., WRÓBEL J.: *Polska po polsku. Podręcznik języka polskiego dla początkujących*. T. 2. *Podstawowe wiadomości gramatyczne i ćwiczenia strukturalne*. Interpress, Warszawa 1986.
- MIRECKA U.: *Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym. Segmentalna i suprasegmentalna specyfika ciągu fonicznego a zrozumiałość wypowiedzi w przypadkach dyzartrii w mpd*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013.
- MORKOWSKA E., ŻMUDA-TRZEBIATOWSKA K.: *Język hop do góry! Ćwiczenia logopedyczne dla dzieci*. Wyd. Seventh Sea, b.m.w. 2008.
- MYSTKOWSKA H.: *Właściwości mowy dziecka sześć-, siedmioletniego*. PZWS, Warszawa 1970.
- NOWAKOWSKA-KEMPNA I.: *Jednostki językowe w analizie prototypowej*. Międzyuczelniane Towarzystwo Naukowe im. R. Ajdukiewicza w Dąbrowie Górniczej, Katowice 2000.
- ODLIN T.: *Language transfer: cross-linguistic influence in language learning*. Cambridge University Press, Cambridge 1993.
- Ortodoncja*. T. 2. Red. P. DIEDRICH. Wyd. 1 polskie. Red. A. MASZTALERZ. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2000.
- OSOWICKA-KONDRATOWICZ M.: *Tendencje wymawianiowe współczesnej polszczyzny*. W: *Logopedia artystyczna*. Red. B. KAMIŃSKA, S. MILEWSKI. Harmonia Universalis, Gdańsk 2016.
- OSTAPIUK B.: *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidelku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2013.
- OSTAPIUK B.: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*. Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2013.
- OSTAPIUK B.: *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*. „Logopedia”. T. 31/2002.
- OSTAPIUK B.: *Logopedyczna ocena ruchomości języka*. W: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Red. M. MŁYNARSKA, T. SMEREKA. Podyplomowe Studium Logopedyczne Uniwersytetu Wrocławskiego, Agencja Wydawnicza a linea, Wrocław 2005.

- OSTAPIUK B.: *Postępowanie logopedyczne u osób z dyslalią i ankyloglosją*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.
- OSTAPIUK B.: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*. „Audiofonologia”. T. 10/1997.
- OSTAPIUK B., PLUTA-WOJCIECHOWSKA D., GRABIAS S., WOŹNIAK T.: *Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce*. „Logopedia”. T. 47/2018, vol. 1, s. 369–398.
- OSTASZEWSKA D., TAMBOR J.: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*. PWN, Warszawa 2012.
- OSTASZEWSKA D., TAMBOR J.: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*. Wydawnictwo UŚ, Katowice 1997.
- Otolaryngologia dziecięca*. Red. D. GRZYCZYŃSKA. α-medica press, Warszawa 2007.
- PAČESOVA J.: *On some basic principles in child phonology*. In: *Proceedings of the Ninth International Congress of Phonetic Sciences*. Vol. 1. Eds. E. FISCHER-JORGENSEN, J. RISCHER, N. THORSEN. Copenhagen 1979.
- PANASIUK J.: *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013.
- PĄCHAŁSKA M.: *Afazjologia*. PWN, Warszawa 2011.
- PEÑA-BROOKS A., HEDGE M.N.: *Assessment and Treatment of Articulation and Phonological Disorders in Children*. 2 ed. Pro-ed, Texas 2007.
- PIETRIKOVSKY B.M., KAPLAN G.P., PESTRAK H.: *The application of color Doppler technology to the study of fetal swallowing*. „Obstetrics & Gynecology”. Vol. 86(4)/1995.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: „Lowely, jody i safy”, czyli o tzw. substytucjach i deformacjach. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne”, nr 8/2005.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: „Wymiary głósłki” – jako istotne elementy poznania – podstawę kategoryzacji dyslalii. *Próba opisu*. „Logopedia”. T. 36/2007.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: *Analityczno-fonetyczna ocena realizacji fonemów w logopedii*. W: *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*. Red. M. KUROWSKA, E. WOLAŃSKA. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2015.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: *Badanie logopedyczne młodych adeptów sztuki teatralnej. Wyniki badań, analiza, komentarz*. W: *Logopedia XXI wieku*. Red. M. MŁYNARSKA, T. SMEREKA. Seria Mowa i myślenie 3. Mkwadrat, Wrocław 2010.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: *Czy logopeda wywołuje głósłki?* „Logopedia”, nr 41/2012.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2017.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: *Dyslalia. Mity i rzeczywistość*. W: *Nowe podejście w diagnozie i terapii logopedycznej – metoda krakowska*. Red. J. CIESZYŃSKA, Z. ORŁOWSKA-POPEK, M. KORENDO. Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2010.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: *Fonem jako prototyp i kategoria radialna. Koncepcja kognitywna*. „Logopedia Silesiana”. T. 3/2014.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: *Językoznawczy model terapii mowy dziecka z rozszczepem podniebienia*. W: *Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy – Afazja – Zaburzenia rozwoju mowy*. Red. H. MIERZEJEWSKA, M. PRZYBYSZ-PIWKOWA. Uniwersytet Warszawski. Pomagisterskie Studium Logopedyczne. Towarzystwo Kultury Języka, Warszawa 2000.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2011.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: *O „czarach i sztuczkach” podczas wywoływania głósłek w przypadku dyslalii obwodowej*. *Wyniki wstępnych badań efektywności terapii*. „Logopedia”. T. 47/2018, vol. 2, w druku.

- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: O „czarach i sztuczkach” podczas wywoływania głosek w przypadku dyslalii obwodowej. Wyniki wstępnych badań efektywności terapii za pomocą SMURF. „Logopedia”. T. 47/2018, vol. 2, w druku.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: O ćwiczeniach tak zwanej pionizacji języka. W: *Biologiczne uwarunkowania rozwoju mowy i myślenia*. T. 2. Red. M. MICHALIK. Collegium Columbinum, Kraków 2011.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: O niektórych podobieństwach i różnicach w logopedycznych badaniach normy i patologii. W: *Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia*. Red. M. MŁYNARSKA, T. SMEREKA. Podyplomowe Studium Logopedyczne Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2007.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego. „Logopedia Silesiana”. T. 1/2012.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2010.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: Połykanie jako jedna z niewerbalnych czynności kompleksu ustno-twarzowego. „Logopedia”. T. 38/2009.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: Realizacja fonemów języka polskiego u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego – przegląd wybranych problemów, stanowisk, propozycji. „Logopedia”. T. 31/2002.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: Realizacja fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego. „Logopedia”. T. 30/2002.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: Recenzja książki Anity Lorenc pt. *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2016. „Logopedia”. T. 45/2016.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów. „Logopedia”. T. 42/2013.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: Wybrane zagadnienia terapii mowy dzieci z rozszczepem podniebienia. „Logopedia”. T. 26/1999.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: Wymowa polskich głosek przez cudzoziemców uczących się polskiego jako kolejnego języka. Wyniki badań (w przygotowaniu do druku).
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: Wywoływanie głósłki – w izolacji czy w sylabie? „Forum Logopedyczne”, nr 22/2014.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2015.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D.: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*. Wyd. 2 popr. i poszerz. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2008.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D., SAMBOR B.: O popularnych, lecz dyskusyjnych ćwiczeniach języka w przypadku obwodowych zaburzeń artykulacji. „Logopedia”. T. 47, vol. 1, s. 265-278.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D., SAMBOR B.: O różnych typach wędzidełka języka, ich ocenie i interpretacji wyników badań w logopedii. „Logopedia”. T. 45/2016, s. 123-155.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D., SAMBOR B.: *Pomiędzy słowem, frazą i zdaniem, czyli o śródwymawianiowej pozycji artykulacyjnej zwanej Inter-Speech u osób z i bez dyslalii obwodowej*. W: *Współczesne tendencje w diagnostyce i terapii logopedycznej*. Red. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2017.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D., SAMBOR B.: *The assesment of the biological determinants of pronunciation in foreigners learning Polish*. В: МАГИЯ ИННО: Новое висследованияи языкаи методики его преподавания Материалы Второйнаучно-практической конференции (Москва, 24–25 апреля 2015 г.). Т. 2. Ред. Д.А. Крячков. Издательство МГИМО – Университет, Москва 2015.

- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D., SAMBOR B.: *Vademecum wywoływania głosek* (w przygotowaniu).
- POLEWCZYK I.: *Diagnozowanie i stymulowanie rozwoju percepcji słuchowej u dzieci w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2012.
- PORAYSKI-POMSTA J.: *Logopedia w społeczeństwie komunikacyjnym*. W: *Język i logopedia*. Red. Z. ZARO, J. PORAYSKI-POMSTA. Wydział Polonistyki UW, Warszawa 2013.
- PORAYSKI-POMSTA J.: *O rozwoju mowy dziecka dwa studia*. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2015.
- PORAYSKI-POMSTA J.: *Opis rozwoju mowy dziecka z perspektywy komunikacyjnej*. W: *Komunikacja i tekst w perspektywie rozwojowej i komunikacyjnej*. Red. J. PORAYSKI-POMSTA. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2005.
- PORAYSKI-POMSTA J.: *Zagadnienia normy rozwojowej werbalnej. Problemy periodyzacji rozwoju mowy*. W: J. PORAYSKI-POMSTA: *O rozwoju mowy dziecka dwa studia*. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2015.
- POUNTNEY T.E., MULCAHY C.M., CLARKE S.M., GREEN E.M.: *Podejście Chailey do postępowania posturalnego. Wyjaśnienie teoretycznych aspektów postępowania posturalnego i ich praktycznego zastosowania poprzez terapię i sprzęt*. Przeł. A. ABU-ZAITOUN. Red. nauk. M. MATYJA, A. GOGOLA. ReHouse – Bilewski, Boryczka, Warszawa 2011.
- POWELL T.W.: *An integrated evaluation of nonspeech oral motor treatments*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”. Vol. 39/2008.
- PROFFIT W.R., FIELDS H.W.: *Ortodoncja współczesna*. Red. nauk. wyd. pol. G. ŚMIECH-SŁOMKOWSKA. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001.
- Program studiów logopedycznych*. Red. L. KACZMAREK. Lublin 1981.
- PRUSZEWICZ A.: *Foniatria kliniczna*. PZWL, Warszawa 1992.
- RAKOSI T., JONAS I., GRABER T.M.: *Orthodontic – Diagnosis*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York 1993.
- RITTEL T.: *Logopedia w systemie pojęciowym lingwistyki edukacyjnej*. W: *Opuscula logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek*. Lublin 1993.
- ROCLAWSKI B.: *Nauka czytania i pisanie*. Glottispol, Gdańsk 1989.
- ROCLAWSKI B.: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Glottispol, Gdańsk 2001.
- ROCLAWSKI B.: *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*. WSiP, Warszawa 1986.
- ROCLAWSKI B.: *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Glottispol, Gdańsk 2005.
- RODAK H.: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy, Warszawa 1992.
- RODAK H.: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Wydawnictwo UW, Warszawa 2002.
- RONIN-WALKNOWSKA E., SAMBORSKA M., PŁONKA T.: *Nieprawidłowości języka u płodu i noworodka*. „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”. T. 52, supl. 3. Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin 2006.
- ROSCH E.: *Human Categorizations*. In: *Studies in Cross-Cultural Psychology*. Vol. 1. Ed. N. WARREN. Academic Press, London 1977.
- ROSCH E.: *Principles of categorization*. In: *Cognition and categorization*. Eds. E. ROSCH, B. LLOND. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey 1978.
- ROSCH E.: *Prototype Classification and Logical Classification: The Two Systems*. In: *New Trends in Cognitive Representation: Challenges to Piaget's Theory*. Ed. E. SCHOLNICK. Hillsdale, New Jersey 1981.
- RUSCELLO D.M.: *Nonspeech oral motor treatment issues in children with developmental speech sound disorders*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”. Vol. 39/2008.
- RUSCELLO D.M.: *Nonspeech Oral Motor Treatment Issues Related to Children with Developmental Speech Sound Disorders*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”. Vol. 39(3)/2008.

- RYBKA P.: *Międzynarodowy alfabet fonetyczny w slawistyce*. Wydawnictwo UŚ, Katowice 2015.
- SACKETT D. i in., *Medycyna oparta na dowodach: jak ćwiczyć i uczyć E-BM*. Wyd. 2. Churchill Livingstone, Edynburg 2000; <https://www.asha.org/Research/EBP/Evidence-Based-Practice>.
- SAMBOR B.: *Mówienie z tzw. szczękościskiem – fakty i mity*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń realizacji fonemów*. Red. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA. Wydawnictwo UŚ, Katowice 2015.
- SAMBOR B.: *Rotacyzm boczny międzyzębowy z zaburzeniami odgryzania, gryzienia, żucia*. „Forum Logopedyczne”, nr 21/2013.
- SAMBOR B.: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych u młodych adeptów sztuki teatralnej*. Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. prof. UŚ Danuty Pluty-Wojciechowskiej. Uniwersytet Śląski, Katowice 2017.
- SAMBOR B.: *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Logopedyczne badanie młodych adeptów sztuki aktorskiej*. W: *Logopedia artystyczna*. Red. B. KAMIŃSKA, S. MILEWSKI. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2016.
- SAMBOR B.: *Warunki anatomiczno-czynnościowe narządów mowy studentów wyższych szkół teatralnych*. „Logopedia Silesiana”. T. 3/2014.
- SAMBOR B.: *Zaburzone wzorce połykania i pozycji spoczynkowej języka a budowa artykulacyjna głoskowych realizacji fonemów u osób dorosłych*. „Logopedia”. T. 43/2015.
- SCHAFF A.: *Wstęp do semantyki*. PWN, Warszawa 1960.
- SERRURIER A., BADIN P., BARNEY A., BOË L.-J., SAVARIAUX C.: *Comparative articulatory modeling of the tongue in speech and feeding*. „Journal of Phonetics”. Vol. 40(6)/2012.
- SKOREK E.: *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Impuls, Kraków 2009.
- SKOREK E.M.: *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja*. Impuls, Kraków 2010.
- Słownik języka polskiego PWN*; <https://sjp.pwn.pl>.
- SMOCZYŃSKA M.: *Jak badać rozwój językowy dziecka?* „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Językoznawczego”, z. 60/2004.
- SMOCZYŃSKA M.: *Metodologiczne problemy analizy błędów językowych dzieci*. W: *Wiedza a język*. T. 2. *Język dziecka*. Red. I. KURCZ, G.W. SHUGAR, B. BOKUS. Ossolineum, Wrocław 1987.
- SMOCZYŃSKA M.: *Wczesne stadia rozwoju składni. Problem wyrazów osiowych*. „Psychologia Wychowawcza”. T. 32/1975, nr 5.
- SMOCZYŃSKI P.: *Przyswajanie przez dziecko podstaw systemu językowego*. Zakład im. Ossolińskich, Łódź 1955.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A.: *Klasyfikacje dyslalii*. „Audiofonologia”. T. 10/1997.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A.: *Problemy substytucji i elizji w zaburzeniach mowy*. W: *Zaburzenia mowy*. Red. S. GRABIAS. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2001.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A.: *Wymowa dzieci przedszkolnych*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 1998.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A.: *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Impuls, Kraków 2008.
- STASIAK J.: *Postępowanie logopedyczne w przypadku dyslalii*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*. Red. nauk. S. GRABIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.
- STECIEWICZ M., HALCZY-KOWALIK L.: *Postępowanie logopedyczne u osób po wycięciu nowotworu jamy ustnej*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*. Red. nauk. S. GRABIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.
- STIEBER Z.: *Historyczna i współczesna fonologia języka polskiego*. Warszawa 1966.
- STYCZEK I.: *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego. Komentarz i tablice*. WSiP, Warszawa 1982.
- STYCZEK I.: *Logopedia*. PWN, Warszawa 1981.
- SZELĄG E., SZYMASZEK A.: *Test do badania słuchu fonematycznego u dzieci i dorosłych*. GWP, Gdańsk 2006.

- SZŁAPA K.: *Cmokaj, dmuchaj, parskaj, chuchaj. Ćwiczenia oddechowe i artykulacyjne dla najmłodszych*. Harmonia Universalis, Gdańsk 2005.
- SZPYRA-KOZŁOWSKA J.: *Wprowadzenie do współczesnej fonologii*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002.
- ŚMIECH-SŁOMKOWSKA G., RYTŁOWA W.: *Wybrane zagadnienia z profilaktyki i wczesnego leczenia ortodontycznego*. Med Tour Press International Sanmedia, Warszawa 1993.
- ŚNIATKOWSKI S.: *Milczenie i pauza w gramatyce nadawcy i odbiorcy. Ujęcie lingwoedukacyjne*. Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2002.
- ŚWIĘCIŃSKI R.: *Articulatory setting in Polish and its implications for teaching English pronunciation to Poles*. „Zeszyty Naukowe PWSZ w Koninie”. T. 1(4)/2004.
- TATTERSALL I.: *Dzieje człowieka od jego początków do IV tysiąclecia p.n.e.* PIW, Warszawa 2010.
- TOCZYSKA B.: *Elementarne ćwiczenia dykcji*. Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe, Gdańsk 2000.
- TOCZYSKA B.: *Głośno i wyraźnie. 9 lekcji dobrego mówienia*. GWP, Gdańsk 2007.
- TROCHYMIUK A., ŚWIĘCIŃSKI R.: *Artykulograficzne badanie mowy grzbietowej. Studium przypadku*. „Logopedia”. T. 38/2009.
- TROCHYMIUK A., ŚWIĘCIŃSKI R.: *Symbole podstawowej transkrypcji Międzynarodowego Towarzystwa Fonetycznego (IPA) i jej rozszerzenia (ExtIPA)*. „Audiofonologia”. T. 25/2004.
- TROCHYMIUK A.: *Wymowa dzieci niesłyszących. Analiza audytywna i akustyczna*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013.
- TROST J.E.: *Articulatory additions to the classical description of the speech of persons with cleft palate*. „Cleft Palate Journal”, no. 18/1981.
- TRZASKALIK J.: *Terminologiczne dyskusje wokół seplenienia i jego rodzajach*. W: *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej*. Red. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, B. SAMBOR. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2016.
- Uniwersalny słownik języka polskiego*. Red. S. DUBISZ. Wersja elektroniczna. PWN, Warszawa 2004.
- VAN RIPER Ch., IRWIN J.V.: *Artikulationsstörungen. Diagnose und Behandlung*. Carl Marhold Verlagbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg 1970.
- VRTICKA K.: *Zasady leczenia foniatrycznego rozszczepów podniebienia z uwzględnieniem najkorzystniejszych okresów dla rehabilitacji wymowy*. „Czasopismo Stomatologiczne”. T. 17/1964, nr 3.
- WEINER F.F.: *Treatment of phonological disability using the method of meaningful minimal contrast: Two case studies*. „Journal of Speech and Hearing Research”. Vol. 46/1981.
- WĘSIERSKA K.: *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka – diagnoza – terapia*. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2013.
- WĘSIERSKA K.: *Występowanie zaburzeń płynności mówienia i wad wymowy u dzieci w wieku przedszkolnym*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń realizacji fonemów*. Red. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA, współpr. A. PŁONKA. Wydawnictwo UŚ, Katowice 2015.
- WIERZCHOWSKA B.: *Wymowa polska*. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1965.
- WILLIAMS A.L.: *Multiple oppositions: Case studies of variables in phonological intervention*. „American Journal of Speech-Language Pathology”. Vol. 9/2000.
- WILSON I., GICK B.: *Bilinguals use language-specific articulatory settings*. „Journal of Speech, Language, and Hearing Research” (JSLHR). Vol. 57/2014.
- WITTGENSTEIN L.: *Dociekania filozoficzne*. Przekł. i wstęp B. WOLNIEWICZ. PWN, Warszawa 1972.
- WOŹNIAK T.: *Narracja w schizofrenii*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2005.
- WOŹNIAK T.: *Niepłynność mówienia*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012.

- WYATT R., SELL D., RUSSELL J., HARDING A., HARLAND K., ALBERY E.: *Cleft palate speech dissected: a review of current knowledge and analysis*. „British Journal of Plastic Surgery”, no. 49/1996.
- WYGOTSKI L.: *Wybrane prace psychologiczne 2. Dzieciństwo i dorastanie*. Red. A. BRZEZIŃSKA, M. MARCHOW. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2002.
- ZARĘBINA M.: *Język polski w rozwoju jednostki*. Glottispol, Gdańsk 1994.
- Zarys współczesnej ortodoncji*. Red. I. KARŁOWSKA. PZWL, Warszawa 2008.
- ZDUNKIEWICZ-JEDYNAK D., HORTIS-DZIERZBICKA M.: *Lingwistyczne podstawy oceny i dokumentacji zaburzeń mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy*. W: *Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy – Afazja – Zaburzenia rozwoju mowy*. Red. H. MIERZEJEWSKA, M. PRZYBYSZ-PIWKOWA. Uniwersytet Warszawski. Pomagisterskie Studium Logopedyczne. Towarzystwo Kultury Języka, Warszawa 2000.
- ZOMKOWSKA E.: *Ocena rozwoju mowy u dzieci po wczesnej operacji jednostronnego całkowitego rozszczepu wargi i podniebienia oraz izolowanego rozszczepu podniebienia*. Praca doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. n. med. Marii Hortis-Dzierzbickiej, prof. UW-M (promotora głównego) i dr n. hum. Magdaleny Osowickiej-Kondratowicz (promotora pomocniczego). Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Wydział Nauk Medycznych. Olsztyn 2016.

Indeks rzeczowy

A

Alalia, zob. Mowa, zaburzenia wielopłaszczyznowe
American Speech-Language Hearing Association, zob. ASHA (American Speech-Language Hearing Association)
Analityczno-fonetyczna metoda badania realizacji fonemów, zob. diagnoza logopedyczna
Analityczno-fonetyczna metoda badania wymowy, zob. analityczno-fonetyczna metoda badania realizacji fonemów
Ankyloglosja, zob. Narządy mowy p. ankyloglosja, przecięcie wędzidełka języka, wędzidełko języka
Architektura zaburzonego systemu fonetycznego 27, 31, 34, 65, 112, 181, 194, 231, 234, 256, 259, 279, 283
Artykulacja 5, 14, 15, 19, 25–33, 41, 42, 46, 49, 51, 53–59, 61, 63–69, 71, 72, 74, 75, 78, 79, 81, 82–89, 90–94, 96, 98–102, 104–110, 114, 115–126, 132, 134, 135, 139, 142, 146, 147, 149–153, 155, 161, 162, 165–167, 169, 172, 179, 181–183, 187, 189, 192, 194–200, 202, 205, 211, 218, 219, 230, 233, 234, 236, 237, 240, 243, 245, 249–255, 257, 259, 260, 262, 264, 271, 274–277, 279–285, 287, 288, 289, zob. też Realizacja fonemu, Głoska, Wymowa, Dźwięk mowy
Artykulograf 31, 61, 65, 135, 163, 182, 233, 287
ASHA (American Speech-Language Hearing Association) 119, 130
Asymetria ułożenia języka i/lub wibracji, zob. Cechy fonetyczne

Asymetryczność ułożenia języka i asymetryczność przepływu powietrza, zob. Cechy fonetyczne
Automatyzacja głosek, zob. Terapia dyslalii
Autyzm, zob. Mowa, zaburzenia wielopłaszczyznowe

B

Badania empiryczne 13, 16–18, 20, 34, 45, 58, 61, 71, 73, 90, 92, 117, 136, 144, 169, 287
Badanie realizacji fonemów 5, 25–27, 29–33, 45, 50–52, 57–59, 64–69, 98–100, 108, 123, 155, 163, 196, 212, 233, 287, zob. też Artykulograf, diagnoza logopedyczna
Badanie wymowy, zob. Badanie realizacji fonemów
Badanie artykulacji, zob. Badanie realizacji fonemów
Boczność, zob. Cechy fonetyczne

C

Cechy fonetyczne 6, 27, 30, 31, 42, 48, 53, 56, 64, 67, 68–70, 91, 98, 102, 113, 116, 151, 152, 173, 182, 189, 192, 193, 194, 236, 237, 246, 251, 256, 274, 283, zob. też System fonemowo-fonetyczny, niepisane cechy polskiego systemu fonetycznego
– asymetria ułożenia języka i/lub wibracji 152, 183, 185, 186, 188
– asymetryczność ułożenia języka i asymetryczność przepływu powietrza 152, 182–189
– boczność 61, 65, 72, 126, 152, 183, 185, 186, 188, 194, 212, 243, 249, 258

- dorsalność 25, 51, 65, 67, 84, 85, 99, 108, 152, 153, 157, 173, 182–189, 192, 194, 195, 203, 212, 225, 262, 274, 275
- dentalizacja 60, 93, 199, 243, 254, 256, 280
- dysdentalizacja 192, 243
- dyslokacja 32, 71, 72, 76, 84, 189
- dysmodalność 71, 76, 189
- dysrezonansowość 71
- dyssonantyczność 71
- dwuwargowość z biernością wargi górnej lub zaburzeniami jej ruchomości 193
- itowość 84, 152, 153, 180, 181, 188, 264,
- itowość zaburzona 152, 183, 185, 186, 193, 195
- itowy układ języka, zob. itowość
- lokacja 71, 102
- międzyzębowość 52, 67, 72, 79, 84, 108, 112, 122, 133, 134, 145, 153, 157, 173, 182–189, 192, 193, 203, 205, 212, 225, 253, 257, 262, 263, 264, 274, 275
- modalność 71, 102
- praedorsalność 153, 183, 184, 186, 188
- przyzębowość 72, 76, 77, 153, 182–189, 203, 236, 248, 263
- rezonansowość 71
- sonantyczność 71
- tylnojęzykowość 153, 180, 182–188, 194, 256
- zębowość 25, 72, 76, 77, 83, 84, 95, 96, 102, 153, 157, 168, 173, 180–189, 192–195, 235, 237, 243, 245, 246, 249, 251, 253, 256–258, 262–264, 274, 275
- wargowo-zębowość 72, 153, 179, 180, 183, 185, 187, 188, 194
- wymowa grzbietowa 61, 65, 99, 182, 233
- zaburzenia uformowania szczeliny artykulacyjnej 28, 53, 60, 153, 181, 183, 185, 187, 188
- zadziąsłowość 153, 183, 185–188, 226
- zadziąsłowość z wygięciem przedniej części języka 153, 183, 185, 187, 188
- zębowość zmiękczone 153, 182–189, 194, 195
- zębowość zmiękczone i zwartość 153, 183, 184, 186, 188

Cele terapii, zob. Terapia dyslalii

Cele etapów pracy (za pomocą SMURF), zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF

Chirurg, zob. Wielospecjalistyczna pomoc i współpraca

Czary i sztuczki podczas wywoływania głosek, zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF

- Czynności prymarne 7, 14, 15, 41, 45, 46, 63, 76, 77, 89, 99, 102, 103, 104, 107, 108, 109, 112, 113, 114, 115, 117, 126, 141, 142, 146, 147, 148, 149, 151, 155, 156, 157, 163, 165, 166, 181, 197, 201, 210, 212, 216, 217, 218, 219, 227, 233, 234, 276, 277, 278, 279, 287, zob. też Konstruowanie przedpola artykulacji
- jednostronne żucie 126, 193, 194, 202, 204, 219
 - oddychanie 7, 14, 16, 33, 41, 63, 76, 77, 86, 104, 105, 107, 108, 110, 112–114, 125, 142, 145, 146, 148, 149, 151, 155, 163, 167, 172, 174, 194, 195, 197–199, 201–203, 217–220, 222–224, 228, 233, 234, 263, 275, 277, 279, zob. też pozycja spoczynkowa języka
 - parafunkcje 7, 14, 41, 63, 108, 113, 145, 167, 219, 233
 - polykanie 7, 16, 42, 63, 76, 77, 86, 103, 104, 108, 110, 112, 113, 124, 125, 126, 142, 145, 146, 148, 149, 151, 156–160, 167, 169, 172, 174, 194, 195, 198–203, 205, 212, 218, 219, 220, 222, 224–228, 234, 260, 262–264, 274, 277, 279, 285
 - pozycja spoczynkowa języka 7, 42, 76, 104, 110, 112, 124, 126, 142, 156, 157, 159, 160, 169, 201, 202, 203, 212–214, 217, 218, 220, 223, 227, 228, 260, 262, 264, 277, 279, 285, 289
 - sensoryka orofacjalna 41
 - żucie 7, 125, 126, 172, 174, 193, 202–204, 219, 234

D

Deformacja głoski, zob. typologia dyslalii

Diagnoza logopedyczna 5–7, 13–17, 19, 20, 22, 24, 26, 27, 29–35, 39, 40, 43, 44, 45, 47–49, 53, 56–58, 61, 63, 67–73, 75, 77, 91, 94, 97–100, 102, 103, 107–110, 112–114, 118, 122, 123, 135, 139, 141, 143–145, 149, 154, 155, 158–163, 165–168, 170, 171, 175, 181, 192, 194, 196, 198, 199, 205, 214, 217, 218, 230, 231, 234, 256, 257, 265, 267, 271, 273, 275, 276, 284, 285, 286, 289, 291, 292

- analityczno-fonetyczna metoda badania realizacji fonemów 27, 31, 63, 108, 155, 163, 196, zob. też słuchowo-wzrokowa ocena realizacji fonemów, słuchowo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalna ocena realizacji fonemów
 - słuchowa ocena realizacji fonemów 25, 26, 28, 29, 30, 31, 50, 52, 53, 60, 64-69, 74, 79, 98, 123, 192, 196, 280
 - słuchowo-wzrokowa ocena realizacji fonemów 27, 31, 48, 51, 53, 61, 64, 67-69, 98, 123, 135, 139, 192, 195, 196, 230, 243, 288
 - słuchowo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalna ocena realizacji fonemów 27, 63, 64, 67, 69, 98, 135, 155, 163, 288
 - objawy zaburzeń realizacji fonemów 14, 19, 24, 27, 30, 31, 33, 34, 39, 42, 43, 47, 49, 53, 73, 75-77, 81, 83, 94, 96, 97, 99, 102, 103, 107, 110, 112, 114, 116, 122, 126, 132-134, 135, 137, 143, 149, 160, 167, 168, 170, 172, 173, 193, 195, 200, 212, 213, 229, 231, 235, 174, 175, 179, 284, 285, zob. też cechy fonetyczne
 - przyczyny zaburzeń mowy, w tym realizacji fonemów 5, 13-16, 19, 24, 26, 27, 29-31, 33, 34, 41-43, 46-49, 56-58, 63, 73-77, 81, 83, 91, 94, 96, 97, 99, 100, 102, 103, 107, 108, 110, 112-114, 116, 122, 126, 131, 132, 134, 135, 137, 140, 142, 143, 145, 148, 149, 160, 163, 166-169, 173, 194, 195, 202, 213, 215, 219, 228, 231, 235, 245, 259, 260, 263, 275, 276, 279, 282, 284, 285, 286, zob. też narządy mowy, czynności prymarne, percepcja słuchowa
 - jednostka nozologiczna zaburzenia mowy 14, 19, 34, 39, 75, 76, 77, 135, 140, 234, zob. też typologie zaburzeń mowy
 - zapis wyników badania wymowy
 - nazwa wadliwej cechy fonetycznej 51, 69-73, 75-77
 - piktogramy 69, 70
 - transkrypcja fonetyczna 69, 70
- Diagnoza zaburzeń realizacji fonemów, zob. diagnoza logopedyczna
- Dorsalność, zob. Cechy fonetyczne
- Dźwięk mowy 10-13, 20, 22, 25, 27-29, 33, 37, 38, 48-50, 52-56, 60, 62, 64-68, 78-80, 82, 88, 90-93, 95, 98, 99, 108, 109, 111, 113-116, 118-122, 125, 126, 143, 149-151, 156, 163, 168, 173, 195, 196, 199, 211, 219, 229, 231, 234, 238, 243, 247, 253-255, 259, 263, 280, zob. też Artykulacja, Wymowa, Realizacja fonemu
- Dynamika terapii, w tym dynamika zmian fonetycznych, dynamika zmian czynności prymarnych (za pomocą SMURF), zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF
- Dysdentalizacja, zob. Cechy fonetyczne
- Dyslokacja, zob. Cechy fonetyczne
- Dysmodalność, zob. Cechy fonetyczne
- Dysrezonansowość, zob. Cechy fonetyczne
- Dyssonantyczność, zob. Cechy fonetyczne
- Dwuwargowość z biernością wargi górnej lub zaburzeniami jej ruchomości, zob. Cechy fonetyczne
- Dysfunkcja oddychania, zob. Czynności prymarne
- Dysfunkcja połykania, zob. Czynności prymarne
- Dyslalia obwodowa 6, 14-17, 39, 46, 62, 74, 75, 77, 90, 94, 97, 98, 101, 107, 114, 117, 125, 134, 136, 140, 142-146, 148, 149, 155, 158, 159, 165, 166, 170, 171, 176, 177, 192, 197, 204, 205, 210, 211, 213, 218, 219, 220, 259, 273, 274, 275, 282, zob. też Typologia dyslalii
- dyslalia anatomiczna 14, 39, 135, 139, 143, 145, 148, 158, 177, 204-208, 275
 - dyslalia funkcjonalna 15, 39, 145, 148, 177, 204, 205, 275, 206-208
 - dyslalia anatomiczno-funkcjonalna 15, 17, 39, 145, 148, 177, 204, 205-208, 275
 - dyslalia słuchowa 14
 - dyslalia jednoraka 52, 70, 102
 - dyslalia wieloraka 52, 70
 - formy dyslalii obwodowej 6, 14, 39, 143, 204, 206-208, zob. też Dyslalia obwodowa, anatomiczna, funkcjonalna, anatomiczno-funkcjonalna
- Dyslalia anatomiczna, zob. Dyslalia obwodowa
- Dyslalia funkcjonalna, zob. Dyslalia obwodowa
- Dyslalia anatomiczno-funkcjonalna, zob. Dyslalia obwodowa
- Dyslalia słuchowa, zob. Dyslalia obwodowa
- Dziecięce brzmienie wymowy 194, zob. też Substytucje rozwojowe

E

- Efekt domina (podczas SMURF), zob. też Samoregulacja, Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF
- Efektywność terapii (skuteczność terapii), zob. Terapia dyslalii
- Efektywność terapii za pomocą SMURF (wyniki badań) 165–289
- E-BP, zob. Evidence-Based Practice
- Etapy terapii, zob. Terapia dyslalii
- Etapy terapii (za pomocą SMURF), zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF
- Evidence-Based Practice (E-BP), praktyka oparta na dowodach 6, 17, 19, 110, 123, 127, 129–131, 133, 136, 291

F

- Fazy fonetyczne (podczas SMURF) zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF
- Fizjologiczna terapia miodfunkcjonalna (FTM) 16, 18, 19, 82, 102, 103, 105, 143, 148, 149, 209, 218, 220, 224, 264, 273, 287, 288), zob. także Konstruowanie przedpola artykulacji
- Fizjoterapeuta, zob. Wielospecjalistyczna pomoc i współpraca
- Fonem 12, 13, 38, 40, 41, 49, 50, 52, 54, 150, zob. też System fonemowo-fonetyczny, Realizacja fonemu, Percepcja słuchowa, Kompetencja językowa
- Fonetyka 25–29, 31, 32, 50, 51, 53, 58, 64, 65, 70, 74, 88, 89, 108, 109, 110, 114, 115, 258, zob. też Patofonetyka, Cechy fonetyczne
- Fonologia, zob. System fonemowo-fonetyczny
- FTM, zob. Fizjologiczna terapia miodfunkcjonalna (FTM)

G

- Głoska 15, 17, 18, 27–29, 31, 33, 40–42, 44, 48, 49, 50, 51, 53–55, 59–61, 63, 65–71, 75, 79–85, 87, 98, 90–102, 105–108, 110–118, 120–123, 125, 126, 132, 133, 135–137, 139, 140, 142, 145–153, 155, 156, 158, 160–162, 165–169, 173, 176, 180–182, 185–187, 189–195, 205–212, 219, 221, 229–243, 245–265, 267, 269, 271, 274–286, 288, zob. też Realizacja fonemu, System fonemowo-fonetyczny, Dźwięk mowy, Wymowa

- głoska wibracyjna (drżąca) 30, 42, 63, 74–77, 89, 152, 173, 183, 185, 186, 188, 194, 245, 262
- głoski dentalizowane 7, 53, 56, 63, 65, 68, 72, 77, 84, 87, 89, 95, 96, 99, 101, 111, 122, 126, 133, 136, 147, 149, 153, 165, 168, 180–182, 192, 194, 245, 256, 257, 263, 264, 281
- głoska zwarto-szczelinowa bezdźwięczna 147, 235–237, 240, 242, 244, 250, 252, 253–259
- królowa spółgłosek, zob. też prototyp, teoria prototypów 255, 259

Głoska inicjująca naprawę systemu fonetycznego i/lub głoska inicjująca pracę nad rodziną głosek II i III fazy fonetycznej (podczas SMURF), zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF

Głoska wibracyjna, zob. Głoska

Głoski dentalizowane, zob. Głoska

Głoski zwarto-szczelinowe bezdźwięczne, zob. Głoska

I

- Interdyscyplinarność logopedii, zob. też Logopedia, wielospecjalistyczna pomoc i współpraca
- Integrująca wiedza w logopedii, zob. Logopedia
- Interpretacja zaburzeń realizacji fonemów, zob. przyczyny zaburzeń realizacji fonemów
- Inter-Speech, zob. śródwymawianiowa pozycja narządów mowy
- Interwencja tradycyjna, zob. terapia dyslalii
- Interwencja fonologiczna, zob. terapia dyslalii
- Interwencja fonetyczno-fonologiczna, zob. terapia dyslalii
- Itowość, zob. Cechy fonetyczne
- Itowość zaburzona, zob. Cechy fonetyczne
- Itowy układ języka, zob. Cechy fonetyczne

J

- Jakość wywoływanych głosek, zob. Wywoływanie głosek
- Jąkanie, zob. Mowa, zaburzenia wielopłaszczyznowe
- Jednostka nozologiczna zaburzenia mowy, zob. Diagnostyka logopedyczna, Typologia dyslalii
- Jednostronne żucie, zob. Czynności prymarne

Język (jako narząd jamy ustnej), zob. Narządy mowy

Język (jako system dwuklasowy) 9–12, 20, 22, 24, 28, 30, 32, 34, 35, 37–42, 46–49, 56, 58, 59, 62–64, 66, 69, 70, 71, 73, 74–76, 79, 82, 88, 89, 92, 94, 95, 103, 110, 111, 114, 115, 117, 118, 121, 122, 124, 127, 132, 150, 155, 162, 167, 172, 173, 283, 284, 287, 289, 292, zob. też Mowa, System fonemowo-fonetyczny

K

Kategoryzacja dyslalii, zob. Typologia dyslalii
Kekanie, zob. Typologia dyslalii

Kolejność terapii głosek, zob. Sekwencja terapii głosek

Kompetencje, zob. Mowa, kompetencje

Kompetencja językowa, zob. Mowa, kompetencja językowa

Kompetencja komunikacyjna, zob. Mowa, kompetencja komunikacyjna

Kompetencja kulturowa, zob. Mowa p. kompetencja kulturowa

Kompleks ustno-twarzowo-gardłowy, zob. Narządy mowy, przestrzeń orofacjalna

Konsiliencja w logopedii, zob. Logopedia

Konstruowanie przedpola artykulacji, zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów (SMURF), Fizjologiczna terapia miodfunkcjonalna (FTM), Czynności prymary

Kontrakt terapeutyczny, zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF

Królowa spółgłosek 255, 259, zob. też Prototypowa spółgłoska, Teoria prototypów Sekwencja terapii głosek

L

Laryngolog, zob. Wielospecjalistyczna pomoc i współpraca

Leczenie chirurgiczne, zob. Wielospecjalistyczna pomoc i współpraca

Leczenie laryngologiczne, zob. Wielospecjalistyczna pomoc i współpraca

Leczenie medyczne, zob. Wielospecjalistyczna pomoc i współpraca

Leczenie ortodontyczne, zob. Wielospecjalistyczna pomoc i współpraca

Leczenie wielospecjalistyczne, zob. Wielospecjalistyczna pomoc i współpraca

Logopedia

– autonomia logopedii 25

– Interdyscyplinarność logopedii, zob. też wielospecjalistyczna pomoc i współpraca 24

– Integrująca wiedza w logopedii 29, 30, 34, 293

– konsiliencja w logopedii 24

– postępowanie logopedyczne 5, 6, 9, 13–19, 23–24, 37, 39, 42, 43, 45–47, 58, 65, 66, 69, 75, 78, 79, 80, 90, 93, 95–98, 100, 103, 104, 106–108, 110–114, 117, 127, 131, 133, 134, 136, 139, 144, 148, 154, 158, 165, 166, 167, 168, 169, 215, 219, 227, 237, 252, 277, 281, 286, 287, 293

– prognozowanie 13, 34, 44, 47, 53, 112, 121, 176, 193, 195, 196

– przedmiot logopedii 21–25, 29, 38, 46–48, 103

– samodzielność logopedii 21, 22, 25, 70, 144, 293

– teoria dyslalii 39, 45, 74, 92, 97, 98, 287, 292

– terminologia w logopedii 58, 75, 100, 126, 129, 150, 195

– transdyscyplinarność logopedii 24

Lokacja, zob. Cechy fonetyczne

M

Metoda analityczno-syntetyczna (MAS), zob. Wywoływanie głosek

Metoda analityczna wywoływania głosek, zob. Wywoływanie głosek

Metoda syntetyczna wywoływania głosek, zob. Wywoływanie głosek

Metody terapii dyslalii, zob. też Terapia dyslalii, Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF

Metody i strategie (w SMURF), zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF

Modyfikacja SMURF, zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF

Metody wywoływania głosek, zob. Wywoływanie głosek, Nauka głosek Metoda analityczno-syntetyczna (MAS), zob. Wywoływanie głosek

Metoda analityczna wywoływania głosek, zob.
Wywoływanie głosek

Metoda syntetyczna wywoływania głosek, zob.
Wywoływanie głosek

Metody terapii dyslalii, zob. też Terapia dys-
lalii, Strategiczna metoda usprawniania
realizacji fonemów SMURF

Metody i strategie (w SMURF), zob. Strate-
giczna metoda usprawniania realizacji fon-
emów SMURF

Modyfikacja SMURF, zob. Strategiczna me-
toda usprawniania realizacji fonemów
SMURF

Metody wywoływania głosek, zob. Wywoły-
wanie głosek, Nauka głosek

Międzyzębowość, zob. Cechy fonetyczne

Modalność, zob. Cechy fonetyczne

Mowa, zob. też Wymowa 9–15, 17, 19–23, 25,
26, 28–30, 32–34, 37, 38, 40, 41, 43, 44, 56,
47, 48–50, 53–56, 60, 62–65, 67–69, 73–75,
77–79, 81–83, 87, 89, 91–97, 99, 102–127,
130–136, 139, 140, 144–146, 150, 154–163,
166–176, 182, 192, 196, 200, 210–212, 219,
229, 231, 234, 236, 237, 243, 247, 250–253,
263, 274, 275, 278–280, 283, 284, 287, 288,
291–293

- kompetencje 21, 26, 29, 30, 34, 37, 38,
40, 49, 135, 175, 216, 284, 287
- kompetencja językowa 30, 37, 49, 284
- kompetencja komunikacyjna 30, 37,
284
- kompetencja kulturowa 30, 37, 284

- myśl ucieleśniona 10, 11, 12, 38, 49
- sprawności 33, 37, 38, 40, 43, 46, 49, 83,
105, 107, 109, 111, 116, 117, 146, 161, 175,
229, 234, 283, 284
- zaburzenia wielopłaszczyznowe 6, 145,
155, 158, 165, 170, 171, 173, 274

Mutyzm, zob. Mowa, zaburzenia wielopłasz-
czyznowe

Myśl ucieleśniona, zob. Mowa

Myślenie strategiczne, zob. Strategiczna me-
toda usprawniania realizacji fonemów
SMURF

N

Narządy mowy 5, 6, 14, 17, 26, 28, 30, 32, 33, 41,
48, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 65,
68, 74, 78, 79, 82–85, 87–89, 92, 97, 105–110,

113, 114, 116–118, 120, 121, 122, 123, 124,
125, 136, 144–146, 148, 150, 152, 153, 155,
159, 161, 172, 173, 175, 196, 200, 212, 219,
220, 227, 229, 234, 236, 237, 243, 251, 253,
256, 274, 275, 279, 280, 283, 287, 288

- język (jako narząd jamy ustnej) 6, 7,
16, 22, 25, 26, 31, 33, 42, 44, 53, 60, 61,
63, 67–69, 71, 75–78, 83–93, 96, 100,
102–106, 108–113, 115, 116, 119, 124–
126, 133, 134, 136, 140, 142, 145–149,
151–153, 155–157, 159–163, 165–167, 169,
172–176, 180–189, 192–197, 199–203,
205, 211–223, 225–228, 231, 233, 234,
236–238, 240–243, 245, 249, 251, 253,
254, 256, 258–264, 271, 274–277, 279,
281–288

- ankyloglosja 14, 26, 45, 63, 68, 74, 76–
99, 108, 112, 115, 122, 126, 133, 124, 140,
145, 148, 161, 174, 175, 194, 195, 198–202,
212, 214–216, 220, 223, 228, 243, 245,
249, 261, 275, 276, 280, 282, 285

- lateralne ruchy języka 89, 202, 203

- lateralne ruchy żuchwy 83, 88

- pionizacja języka, zob. także wertykal-
no-horyzontalna pozycja języka (pozy-
cja w-h języka) 83, 85, 86, 133

- pozycja w-h języka, zob. wertykalno-
horyzontalna pozycja języka (pozycja
w-h języka)

- przecięcie wędzielka języka 16, 26, 44,
78, 103, 108, 113, 126, 140, 142, 147, 148,
161, 166, 167, 169, 174, 175, 176, 194, 201,
213, 214, 215, 216, 217, 220, 236, 243,
245, 249, 259, 260, 261, 262, 263, 276

- przestrzeń orofacialna 14, 41, 49, 55, 74,
97, 105, 112, 114, 115, 117, 126, 143, 198,
271, 284, zob. też zespół ustno-twarzo-
wo-gardłowy

- rozszczep 26, 27, 45, 52, 71, 72, 81, 86,
99, 102, 103, 115, 158, 192, 193, 286

- rozszczep wargi i/lub podniebienia,
zob. rozszczep

- wady zgryzu 33, 84, 99, 145, 174, 192, 193,
194, 217, 225, 243, 275, 280

- doprzednia wada zgryzu 192, 201,
203, 205, 219, 225, 227, 243, 280

- dotylna wada zgryzu 84, 192, 194, 195,
202, 243, 280

- zgryz otwarty 112, 145, 192, 194, 201,
202, 204, 205, 219, 225, 228

- wertykalno-horyzontalna pozycja języka (pozycja w-h języka) 7, 42, 85, 86, 105, 110, 124, 125, 142, 146, 149, 151, 157, 160, 161, 162, 167, 169, 181, 194, 215–219, 220, 221–223, 225–228, 231, 236, 237, 240–242, 251, 253, 256, 260–2263, 275, 277, 279, 281, 283, 285
 - wędzidełko języka 16, 26, 44, 63, 78, 86, 91, 96, 103, 108, 113, 126, 133, 134, 136, 140, 142, 147, 148, 155, 156, 161, 162, 163, 166, 167, 169, 174–176, 193, 194, 195, 199, 200, 201, 202, 205, 212–217, 220, 227, 228, 236, 237, 241, 243, 245, 249, 259, 260, 261, 262, 263, 276, 287, 288
 - zespół ustno-twarzowo-gardłowy 42, 92, 106, 112, 182
 - Nauka głosek 29, 46, 109, 115, 116, 126, 133, 140, 142, 148, 149, 151, 167, 229, 234, 236, 255, 260, 261, 263, 278, 279, zob. też Wywoływanie głosek
 - Nazwy cech fonetycznych, zob. Diagnoza logopedyczna, Cechy fonetyczne
 - Nieartykulacyjne ćwiczenia narządów mowy (NĆNM), zob. Terapia dyslalii
 - Nieefektywność terapii, zob. Terapia dyslalii
 - Niepisane cechy polskiego systemu fonetycznego, zob. System fonemowo-fonetyczny
 - Nieprawidłowe połykanie, zob. Czynności prymarne, połykanie
 - Nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka, zob. Czynności prymarne, pozycja spoczynkowa języka
 - Nieprawidłowe oddychanie, zob. Czynności prymarne, oddychanie
 - Normalizacja czynności prymarnych (podczas SMURF), zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF
- O**
- Objawy zaburzeń realizacji fonemów, zob. Diagnoza logopedyczna
 - Ocena realizacji fonemów, zob. badanie realizacji fonemów
 - Ocena artykulacji, zob. badanie realizacji fonemów
 - Ocena wymowy, zob. badanie realizacji fonemów
 - Oddychanie, zob. Czynności prymarne
 - Opóźniony rozwój mowy, zob. Mowa, zaburzenia wielopłaszczyznowe
 - Organizacja terapii za pomocą SMURF, zob. Kontrakt terapeutyczny, Wizyta logopedyczna
 - Ortodonta, zob. Wielospecjalistyczna pomoc i współpraca
- P**
- Parafunkcje, zob. Czynności prymarne
 - Patofonetyka 58, 69, 71, 98, zob. też Cechy fonetyczne, Diagnoza logopedyczna
 - Pedagog, zob. Wielospecjalistyczna pomoc i współpraca
 - Percepcja słuchowa 15, 28, 29, 38, 41, 46, 65, 115, 116, 119, 122, 126
 - Piktogramy, zob. Diagnoza logopedyczna, zapis wyników badania wymowy
 - Pionizacja języka, zob. Narządy mowy, wertykalno-horyzontalna pozycja języka (pozycja w-h języka)
 - Planowanie terapii, zob. Terapia dyslalii
 - Podjęcie fizjologiczno-fonetyczne, zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów (SMURF)
 - Połykanie, zob. Czynności prymarne
 - Pozycja w-h języka, zob. Wertykalno-horyzontalna pozycja języka (pozycja w-h języka)
 - Praca na zasobach, zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów (SMURF)
 - Predorsalność, zob. Cechy fonetyczne
 - Prawa rozwoju fonetycznego 107
 - Prognozowanie, zob. Logopedia
 - Prognoza, zob. prognozowanie
 - Preferencja metody analitycznej (PMA), zob. Wywoływanie głosek
 - PMA, zob. preferencja metody analitycznej
 - Preferencja metody syntetycznej (PMS), zob. Wywoływanie głosek
 - PMS, zob. preferencja metody syntetycznej
 - Przekształcenia fonetyczne, zob. Wywoływanie głosek, PMS
 - Przestrzeń orofacjalna, zob. Narządy mowy, zespół ustno-twarzowo-gardłowy
 - Przyczyny zaburzeń mowy, w tym realizacji fonemów, zob. Diagnoza logopedyczna
 - Przyzębowość, zob. Cechy fonetyczne
 - Praktyka oparta na dowodach, zob. Evidence-Based Practice (E-BP)
 - Prototyp 40, 54, 104, 150, 255, 256, 260, zob. teoria prototypów

Prototypowa spółgłoska 256, 259, 260, zob.
Królowa spółgłosek
Psycholog, zob. Wielospecjalistyczna pomoc
i współpraca

R

Rama wywoływanej głoski, zob. Wywoływanie głosek

Realizacja fonemu 5, 6, 10, 11, 13–20, 22, 23, 25–34, 37–46, 48–79, 81–84, 86–88, 90–92, 96–104, 106–114, 116, 118–120, 122, 123, 126, 129–131, 135, 137, 138, 140, 141, 142–146, 148–153, 155, 157–159, 163, 165–168, 170–173, 176, 179–182, 184, 186–196, 199, 200, 204, 205, 212, 213, 217, 218, 231–234, 236, 237, 243, 245, 249, 253, 259–265, 267, 269, 271, 273, 274, 275, 276, 277, 280, 283–285, 287, 291, 292, zob. też Głoska, Dźwięk mowy

Realizacja fonemów dentalizowanych, zob. Głoski dentalizowane

Realizacja fonemu /r/, zob. Głoska drżąca

Reguły metodyczne 5, 17, 78, 95–98, 100, 110, 111, 114, 149, 235, 239, 252, 254, 255, 280, 281, 283, 291

Rezonansowość, zob. Cechy fonetyczne

Rodzaje dyslalii, zob. Typologia dyslalii

Rodzina głosek 7, 111, 147, 149, 246, 250, 252, 255, zob. też Terapia dyslalii p. sekwencja terapii głosek, Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF, głoska inicjująca naprawę systemu fonetycznego i/lub głoska inicjująca pracę nad rodziną głosek II i III fazy fonetycznej

Reranie, zob. rotacyzm

Rotacyzm, zob. Typologia dyslalii

Rozumienie mowy 11, 12, 28, 37, 38, 40, 172

Rozszczep, zob. Narządy mowy

Rozszczep wargi i/lub podniebienia, zob. Narządy mowy

S

Samodzielność logopedii, zob. Logopedia

Samoregulacja 7, 16, 20, 129, 143, 147–149, 155, 165, 166, 168, 169, 210, 217, 230, 235, 248, 250, 251, 259–261, 263, 264, 269, 271, 277, 280–285, zob. też Efekt domina

Sekwencja terapii głosek, zob. Terapia dyslalii

Sensoryka orofacjalna, zob. Czynności prymarne

Seplenienie, zob. Typologia dyslalii

Seplenienie boczne, zob. Typologia dyslalii

Sfera najbliższego rozwoju 43, 105, 236

Skrócone wężdziełko języka, zob. ankyloglosja

SMURF, zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów (SMURF)

Sonantyczność, zob. Cechy fonetyczne

Sprawności, zob. Mowa

Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów (SMURF) 5, 7, 13, 15, 16, 18–20, 78, 82, 95–97, 100–103, 105–111, 113–115, 117, 132, 137, 139, 142–144, 148, 149, 159, 160, 166, 168, 209, 218, 231, 250, 251, 264, 273, 276, 277, 282, 284, 288, 289, zob. też Fizjologiczna terapia miodfunkcjonalna (FTM), zob. Terapia dyslalii, zob. Wywoływanie głosek

– czary i sztuczki podczas wywoływania głosek 20, 137, 229, 273, 284, 285

– dynamika terapii, w tym dynamika zmian fonetycznych, dynamika zmian czynności prymarnych 7, 19, 141, 143, 146, 147, 149, 151, 152, 165, 169, 210, 218, 219, 238, 245, 246, 247, 248, 249, 350, 277, 278, 286

– efekt domina 7, 16, 20, 129, 135, 143, 147, 148, 165, 166, 168, 169, 210, 217, 235, 248, 250, 251, 259, 260, 261, 264, 277, 280, 282–285, zob. też Samoregulacja

– efektywność terapii za pomocą SMURF (wyniki badań) 165–289

– etapy terapii 115–117

– konstruowanie przedpola artykulacji 108, 109, 114, 115, 142, 151, 165–167, 218

– metody i strategie 113–117

– modyfikacja SMURF 7, 20, 273, 288, 289

– myślenie strategiczne 93, 98, 106, 107, 108, 132, 137, 237, 238, 257

– fazy fonetyczne 7, 142, 144, 146–149, 151, 152, 165, 166, 167, 168, 169, 210, 229, 230, 238, 245–250, 277–279, 281, 285

– głoska inicjująca naprawę systemu fonetycznego i/lub głoska inicjująca pracę nad rodziną głosek II i III fazy fonetycznej 7, 147, 230, 231, 235, 238, 250, 252, 255, 283

– normalizacja czynności prymarnych 7, 107, 109, 112, 126, 142, 149, 167, 202, 212, 218, 219, 227, 277

- organizacja terapii
 - kontrakt terapeutyczny 6, 160, 288
 - wizyta logopedyczna 6, 89, 109, 139, 142, 146, 151, 158–161, 168, 174, 201, 213, 124, 216, 219–224, 226, 229, 230, 235, 246, 247, 255, 261, 265, 267, 269, 271, 274, 281
 - podejście fizjologiczno-fonetyczne 107
 - praca na zasobach 43, 253
 - SMURF a inne metody terapii 7, 282, 283
 - struktura terapii 82, 103, 106, 110, 113, 114, 132, 144, 148, 165, 166
 - założenia terapii 106–112
- Substytucja głoski, zob. Typologia dyslalii
- Substytucje rozwojowe, zob. też dziecięce brzmienie, Typologia dyslalii
- Sygmatyzm, zob. seplenienie
- System fonemowo-fonetyczny 13, 16, 28, 30, 32, 34, 38–40, 59, 60, 62–64, 76, 85, 98, 102, 104, 105, 107, 110, 114, 115, 118, 132, 150, 151, 243, 255, 276, 280, 282, 283, 288, zob. też Fonem, Głoska, Architektura zaburzonego systemu fonetycznego, Cechy fonetyczne, Prawa rozwoju fonetycznego, Śródwymawianiowa pozycja języka, Realizacja fonemu, Śródwymawianiowa pozycja narządów
- fonem drżący 72, 122, zob. też Głoska drżąca
 - fonologia 10, 49, 53, 58, 62, 101, 114, 119, 121, 123, 150, zob. też Terapia fonologiczna
 - niepisane cechy polskiego systemu fonetycznego 32, 33, 85
 - system fonetyczny 7, 16, 19, 27, 31–34, 56, 61–65, 68, 69, 74, 81, 85, 86, 89, 99, 110, 112, 117, 122, 129, 131, 132, 143, 147, 148, 165, 166, 168, 169, 176, 181, 182, 193–196, 229–231, 234, 235, 237, 251, 256, 258–261, 264, 265, 267, 269, 274, 277, 279, 282
 - ucieleśnienie fonemu, zob. Myśl ucieleśniona
- Śródwymawianiowa pozycja języka 6, 86, 111, 115, 117, 145, 155, 156, 165, 176, 196, 197, 233, 234, 271, 284, 288, zob. też Śródwymawianiowa pozycja narządów mowy
- Śródwymawianiowa pozycja narządów 61–63, zob. też Śródwymawianiowa pozycja języka

T

Teoria dyslalii, zob. Logopedia

Teoria prototypów 104, 255, 260

- Terapia dyslalii 5–7, 9, 13–17, 19, 20, 22, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 33–35, 39, 40, 42–47, 49, 51, 53, 55, 57–61, 63, 67, 69, 77–82, 84, 85, 87–92, 94–103, 105–108, 110–127, 129–144, 146–149, 151, 154, 155, 158, 159, 160–163, 165, 166–170, 172–173, 175, 176, 179, 181, 192, 209, 210–221, 224, 226, 229, 230, 231, 233, 234, 235, 237, 239, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 252, 253, 254, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 263, 264, 265, 267, 269, 271, 273, 274, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 292, zob. też Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF, zob. też Wywoływanie głosek
- automatyzacja głosek: 5, 7, 17, 18, 79, 82, 94, 113, 115, 117, 162, 218, 219, 228, 247, 283
 - cele terapii 30, 78, 79, 94, 99, 121, 130, 140, 175, 214, 218, 274
 - efektywność terapii, zob. też nieefektywność terapii 6, 7, 13–16, 19, 20, 30, 35, 38, 39, 46, 78, 88, 92, 100, 101, 112, 123, 125, 129–133, 135, 137–144, 149, 159, 162, 165, 170, 209, 210–212, 214–217, 228, 229, 246, 249, 252, 255, 257, 264, 273, 276, 277, 281, 285, 287, 291, 292
 - etapy terapii 5–7, 17, 18, 30, 34, 78, 79, 81, 82, 90, 91, 92, 94, 95, 100, 102, 108–111, 113–115, 118, 120, 121, 129, 131, 140–142, 148, 149, 151, 168, 169, 219, 226, 228, 229, 231, 236, 247, 248, 250, 253, 281, 288
 - nieartykulacyjne ćwiczenia narządów mowy (NĆNM) 5, 78, 82, 87–89, 100, 108, 109, 115, 117, 123–125, 131, 132, 163, 212, 221, 236, 279, 283, 285
 - nieefektywność terapii 125, 210, 211, 214, 215, 249
 - planowanie terapii 30, 33, 34, 82, 89, 112, 113, 161, 169, 179, 217, 227, 234, 235, 236, 243, 247, 250, 278, 289
 - sekwencja terapii głosek 20, 81, 94, 95, 100, 107, 108, 111, 116, 120, 126, 168, 169, 181, 230, 231, 234, 235, 152, 254, 278, 279, 282, 283

- typy terapii (podział nieostry)
 - terapia fonologiczna 119, 121–123, 126, 127, 282
 - terapia fragmentaryczna 100, 281, 282, 284
 - terapia objawowa
 - terapia objawowo-przyczynowa
 - terapia przyczynowa
 - terapia strategiczna, zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF
 - terapia systemowa 237, 238, 282–284
 - terapia tradycyjna 39, 46, 81, 98, 100, 119, 120–123, 126, 127, 133, 144, 238, 282, zob. także trójfazowa ścieżka terapii wad wymowy, Reguły metodyczne
 - terapia trójfazowa 17, 46, 79, 81, 82, 85, 94, 105, 109, 117
 - Terapia fonologiczna, zob. Terapia dyslalii
 - Terapia fragmentaryczna, zob. też terapia tradycyjna, terapia systemowa, Terapia dyslalii, terapia fragmentaryczna
 - Terapia miodfunkcjonalna, zob. Fizjologiczna terapia miodfunkcjonalna FTM
 - Terapia objawowa, zob. Terapia dyslalii
 - Terapia objawowo-przyczynowa, zob. Terapia dyslalii, Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF
 - Terapia przyczynowa, zob. Terapia dyslalii
 - Terapia strategiczna, zob. Terapia dyslalii, typy terapii
 - Terapia tradycyjna, zob. Terapia dyslalii, typy terapii
 - Terapia trójfazowa. Terapia dyslalii, typy terapii
 - Terapia systemowa, zob. Terapia dyslalii
 - Terapia wad wymowy, zob. terapia dyslalii
 - Terapia zaburzeń realizacji fonemów, zob. terapia dyslalii
 - Terminologia w logopedii, zob. Logopedia
 - Transdyscyplinarność logopedii, zob. Logopedia
 - Tyłnojęzykowość, zob. Cechy fonetyczne
 - Typologia dyslalii 14, 31, 42, 44, 45, 48, 52, 53, 72–77, 97, 99, 118, 119, 204, 205, 231, zob. też Dyslalia obwodowa, Terapia dyslalii, typy terapii
 - deformacja głoski 6, 15, 31, 45, 52, 53, 60, 64, 70, 79, 97, 99, 193, 195
 - kekanie 31, 48, 102
 - rotacyzm 31, 48, 52, 70, 72, 76, 77, 93, 102
 - seplenienie 31, 48, 72, 73, 102, 126, 212, 249, 258
 - seplenienie boczne 126, 212, 249, 258
 - substytucja głoski 6, 45, 51–53, 60, 64, 70, 79, 97, 152, 193–196
 - substytucje rozwojowe 6, 152, 193, 195, 196, zob. też dziecięce brzmienie
 - typologia dyslalii H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozyi 14, 16, 17, 39, 46, 62, 74, 75, 77, 90, 94, 97, 98, 101, 107, 114, 117, 125, 134, 136, 140, 142, 143–146, 148, 149, 155, 158, 159, 165, 166, 170, 171, 176, 177, 192, 197, 204, 205, 210, 211, 213, 218, 219, 220, 259, 273, 274, 275, 282, zob. też dyslalia anatomiczna, dyslalia funkcjonalna, dyslalia anatomiczno-funkcjonalna
 - typologia dyslalii L. Kaczmarka 52, 70, 74, 102
 - typologia wad wymowy J.T. Kani 45, 52, 53, 60, 64, 70, 75, 98, 195, zob. też Substytucja głoski, Substytucje rozwojowe
 - Transkrypcja fonetyczna, zob. Diagnoza logopedyczna, zapis wyników badania wymowy
 - Typologia dyslalii H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozyi, zob. Typologia dyslalii
 - Typologia dyslalii L. Kaczmarka, zob. Typologia dyslalii
 - Typologia wad wymowy J.T. Kani, zob. Typologia dyslalii
- ## U
- Ucieleśnienie fonemu, zob. myśl ucieleśniona
 - Uniwersalne metody terapii 7, 20, 110, 111, 137, 161, 273, 285
- ## W
- Wady zgryzu, zob. Narządy mowy
 - Wargowo-zębowość, zob. Cechy fonetyczne
 - Warunki progowe wywoływanej głoski, zob. Wywoływanie głosek
 - Wady zgryzu, zob. Narządy mowy
 - Wertykalno-horyzontalna pozycja języka (pozycja w-h języka), zob. Narządy mowy
 - Węździdełko języka, zob. Narządy mowy

Wymowa grzbietowa, zob. Cechy fonetyczne

Wielospecjalistyczna pomoc i współpraca

- chirurgiczna
- fizjoterapeutyczna 18, 29, 142, 146, 148, 155, 160, 163, 210, 213, 214, 249
- laryngologiczna 18, 29, 33, 104, 113, 142, 146, 148, 155, 156, 160, 163, 166, 202, 209, 213, 214, 218, 228, 249, 276, 285, 287
- medyczna 16, 19, 21–25, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 43, 52, 58, 98, 106, 112–114, 117, 130–132, 137, 146, 160, 161, 165, 166, 167, 213, 231, 285, 292, 293
- ortodontyczna 14, 18, 24, 29, 33, 104, 125, 141, 142, 146, 148, 155, 156, 159, 160, 163, 166, 171, 179, 201, 209, 210, 211, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 223, 225, 227, 228, 243, 273, 276, 280, 287
- pedagogiczna 18, 22, 24, 34, 35, 113, 154, 172, 292
- psychologiczna 5, 10, 18, 22, 29, 33, 34, 35, 40, 99, 113, 172, 231, 285, 292, 293

Wizyta logopedyczna, zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF

Wymowa 13–16, 17, 18, 24–34, 39, 41–48, 50–53, 55–61, 63–71, 73–75, 77–81, 88–91, 95, 97–100, 103, 108, 111, 112, 116–119, 122, 123, 125, 126, 129, 131–133, 135, 139–141, 143–145, 148, 155, 156, 159, 160, 163, 168, 171, 173, 175, 176, 192–199, 204, 205, 210, 212, 215, 220, 233, 234, 239, 245, 251, 255, 256, 259–263, 271, 273–275, 281–283, 285, 287, 288, zob. też artykulacja, dźwięk mowy, Realizacja fonemu, Głoska

Wywoływanie głosek 7, 20, 22, 30, 42, 44, 89, 90–95, 97, 100, 103, 106–108, 111, 112, 115, 124, 125, 131, 133, 136, 139–142, 146, 147, 149, 151, 161, 165–169, 229, 230, 235–239, 243, 246, 247, 249–258, 265, 267, 269, 273, 278, 279, 281–286, 288, zob. też Nauka głosek

- jakość wywoływanych głosek 7, 10, 11, 17, 30, 45, 99, 110, 127, 130, 131, 139, 141, 142, 144, 147, 155, 165, 173, 195, 210, 229, 230, 243, 244, 250, 287
- metoda analityczno-syntetyczna (MAS) 93, 147, 149, 151, 238, 239, 240, 241, 242, 249, 254

- metoda analityczna wywoływania głosek 92, 93, 116, 126, 147, 149, 151, 238, 254
- metoda syntetyczna wywoływania głosek 92, 93, 116, 125, 147, 149, 151, 238, 254, 255, 256, 283
- preferencja metody analitycznej (PMA) 147, 149, 151, 238, 239, 240, 241, 242
- PMA, zob. preferencja metody analitycznej
- preferencja metody syntetycznej (PMS) 147, 149, 151, 238, 239, 240, 241, 242
- PMS, zob. preferencja metody syntetycznej
- przekształcenia fonetyczne 7, 93, 125, 210, 254, 255, 256, 257, 258, 279, 284, zob. też PMS
- rama wywoływanej głoski 93, 94, 95, 97, 100, 108, 111, 116, 142, 147, 149, 165, 210, 229, 230, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 250, 278, 279, 283
- warunki progowe wywoływanej głoski 7, 107, 109, 115–117, 142, 146, 160, 161, 165, 219, 229, 230, 234, 236, 237, 278, 283

Z

Zapis wyników badania realizacji fonemów, zob. Diagnoza logopedyczna, zapis wyników badania wymowy

Zaburzenia wielopłaszczyznowe, zob. Mowa
Zaburzenia uformowania szczeliny artykulatoryjnej, zob. Cechy fonetyczne

Zadziąsłowość, zob. Cechy fonetyczne

Zadziąsłowość z wygięciem przedniej części języka, zob. Cechy fonetyczne

Założenia terapii (podczas SMURF), zob. Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF

Zespół Aspergera, zob. Mowa

Zespół ustno-twarzowo-gardłowy, zob. Narządy mowy

Zębowość, zob. Cechy fonetyczne

Zębowość zmiękczone, zob. Cechy fonetyczne

Zębowość zmiękczone i zwartość, zob. Cechy fonetyczne

Ż

Żucie, zob. Czynności prymarne

Wykaz wykresów

- Wykres 1. Wiek badanych osób z grupy B
- Wykres 2. Wiek badanych osób z grupy I
- Wykres 3. Wiek badanych osób z grupy II
- Wykres 4. Wiek badanych osób z grupy III
- Wykres 5. Rodzaje najczęściej występujących nienormalnych cech fonetycznych – I grupa
- Wykres 6. Rodzaje najczęściej występujących nienormalnych cech fonetycznych – II grupa
- Wykres 7. Rodzaje najczęściej występujących nienormalnych cech fonetycznych – III grupa
- Wykres 8. Rodzaje najczęściej występujących nienormalnych cech fonetycznych – I, II, III grupa razem
- Wykres 9. Dynamika zmian fonetycznych
- Wykres 10. Dynamika terapii z uwzględnieniem fazy czynności prymarnych i faz fonetycznych

Wykaz tabel

- Tabela 1. Lingwistyka, logopedia i medycyna – przedmiot badań
- Tabela 2. Wybrane definicje głoski
- Tabela 3. Przykłady opisu objawu i przyczyn zaburzeń realizacji fonemu /r/
- Tabela 4. Główne podstawy teoretyczne i źródła inspiracji SMURF
- Tabela 5. Metody i strategie SMURF oraz związane z nimi cele działań
- Tabela 6. Terminy odzwierciedlające nienormatywne cechy fonetyczne w badanych realizacjach fonemów spółgłoskowych
- Tabela 7. Struktura postępowania logopedycznego
- Tabela 8. Liczebność badanych grup A i B z podziałem na płeć
- Tabela 9. Liczebność grupy A z podziałem na płeć
- Tabela 10. Wyniki badań dotyczące warunków anatomicznych i czynnościowych – grupa B
- Tabela 11. Częstość nienormatywnie realizowanych grup fonemów ze wskazaniem miejsca w uszeregowaniu od najczęściej realizowanych nienormatywnie
- Tabela 12. Ranking grup fonemów spółgłoskowych realizowanych nienormatywnie ze wskazaniem miejsca w uszeregowaniu od najczęściej realizowanych nienormatywnie
- Tabela 13. Rodzaje nienormatywnych cech fonetycznych w zależności od realizowanej grupy fonemów spółgłoskowych – grupa I
- Tabela 14. Rodzaje nienormatywnych cech fonetycznych w zależności od realizowanej kategorii fonemów spółgłoskowych – grupa II
- Tabela 15. Rodzaje nienormatywnych cech fonetycznych w zależności od realizowanej kategorii fonemów spółgłoskowych – grupa III
- Tabela 16. Rodzaje nienormatywnych cech fonetycznych w zależności od realizowanej kategorii fonemów spółgłoskowych – I, II, III grupa razem
- Tabela 17. Śródwymawianiowa pozycja języka
- Tabela 18. Warunki anatomiczne i czynnościowe – grupa A
- Tabela 19. Stan wędzidełka języka ze względu na jego długość
- Tabela 20. Stan zgryzu
- Tabela 21. Model oddychania ze względu na pozycję spoczynkową języka
- Tabela 22. Model połykania

- Tabela 23. Wyniki badania odgryzania, gryzienia i żucia
- Tabela 24. Formy dyslalii obwodowej
- Tabela 25. Rodzaje fonemów spółgłoskowych realizowanych nienormatywnie, forma dyslalii i liczba nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych w zależności od pacjenta – grupa I
- Tabela 26. Rodzaje fonemów spółgłoskowych realizowanych nienormatywnie, forma dyslalii i liczba nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych w zależności od pacjenta – grupa II
- Tabela 27. Rodzaje fonemów spółgłoskowych realizowanych nienormatywnie, forma dyslalii i liczba nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych w zależności od pacjenta – grupa III
- Tabela 28. Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi – średnia liczba nienormatywnie realizowanych fonemów spółgłoskowych
- Tabela 29. Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi – średnia liczba nieprawidłowości anatomicznych i/lub czynnościowych
- Tabela 30. Motywacja do podjęcia terapii – grupa I, II, III
- Tabela 31. Wyniki badań dotyczące wcześniejszej pomocy logopedycznej
- Tabela 32. Korzystanie z leczenia wielospecjalistycznego
- Tabela 33. Ortodontyczne wspieranie ćwiczeń pozycji spoczynkowej języka
- Tabela 34. Inicjacja w-h pozycji języka
- Tabela 35. Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi – inicjacja pozycji w-h języka
- Tabela 36. Inicjacja prawidłowego modelu oddychania
- Tabela 37. Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi – inicjacja prawidłowego modelu oddychania
- Tabela 38. Inicjacja dojrzałego połykania w sposób mechaniczny
- Tabela 39. Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi – inicjacja dojrzałego połykania w sposób mechaniczny
- Tabela 40. Inicjacja samodzielnego dojrzałego połykania
- Tabela 41. Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi – inicjacja samodzielnego dojrzałego połykania
- Tabela 42. Wywołanie pierwszej głoski I fazy fonetycznej
- Tabela 43. Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi – wywołanie pierwszej głoski I fazy fonetycznej
- Tabela 44. Rodzaj pierwszej wywoływanej głoski
- Tabela 45. Metody i ramy pierwszych wywoływanych głosek
- Tabela 46. Metody i ramy wywoływanej głoski [f]
- Tabela 47. Metody i ramy wywoływanej głoski [n]
- Tabela 48. Metody i ramy wywoływanej głoski [t]
- Tabela 49. Metody i ramy wywoływanej głoski [c]
- Tabela 50. Metody i ramy wywoływanej głoski [l]
- Tabela 51. Metody i ramy wywoływanej głoski [r]
- Tabela 52. Metody i ramy wywoływanej głoski [č]
- Tabela 53. Metody i ramy wywoływanej głoski [š]
- Tabela 54. Metody i ramy wywoływanej głoski [k]

- Tabela 55. Jakość wywoływanych głosek
- Tabela 56. Dynamika faz fonetycznych – I grupa
- Tabela 57. Dynamika faz fonetycznych – II grupa
- Tabela 58. Dynamika faz fonetycznych – III grupa
- Tabela 59. Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi – dynamika terapii w odniesieniu do uzyskania pierwszej głoski II fazy fonetycznej
- Tabela 60. Test dwustronny różnicy między dwiema średnimi – dynamika terapii w odniesieniu do uzyskania pierwszej głoski III fazy fonetycznej
- Tabela 61. Zmiany w systemie fonetycznym w zależności od pacjenta – grupa I
- Tabela 62. Zmiany w systemie fonetycznym w zależności od pacjenta – grupa II
- Tabela 63. Zmiany w systemie fonetycznym w zależności od pacjenta – grupa III
- Tabela 64. Liczba normatywnie realizowanych fonemów spółgłoskowych po zakończeniu badań – test dwustronny różnicy między dwiema średnimi

Wykaz schematów

- Schemat 1. Od aktywizacji fonemu poprzez ruch narządów mowy do głoski
- Schemat 2. Wertykalno-horyzontalna pozycja języka
- Schemat 3. Ścieżka przekształceń fonetycznych podczas wywoływania głosek dentalizowanych zębowych
- Schemat 4. Ścieżka przekształceń fonetycznych podczas wywoływania głosek dentalizowanych dźwiękowych
- Schemat 5. Ścieżka przekształceń fonetycznych podczas wywoływania głosek dentalizowanych itowych
- Schemat 6. Pozycja w-h języka a niektóre możliwości jej wykorzystania podczas terapii

Danuta Pluta-Wojciechowska

Efficiency of treatment of articulation disorders Analysis of research results from the vantage point of speech therapy and linguistics

Summary

In terms of methodology, this monograph is based on the thesis claiming that speech therapy is a study of biological determinants of language and linguistic behaviours, which underpins contemporary speech-therapy research. This very publication provides the results of empirical research relating to diagnosis and therapy of speech disorders stemming from malfunction of peripheral factors – malformations of speech organs and/or impaired biological functions.

The main subject of analyses is the efficiency of speech-therapy treatment provided to persons with impaired phoneme production – children, adolescents, and adults. As a source of those non-normative sounds discussed herein I pinpoint biological factors, such as ankyloglossia, malocclusions, breathing difficulties and swallowing impairments, difficulties in biting and chewing, parafunctions, such as thumb or finger sucking. The efficiency of a particular speech therapy is assessed by utilizing the elaborated paradigm, also employing statistical tests, which meets the assumption of Evidence Based Practice. Therefore, research like these are unprecedented either in Polish or world speech-therapy studies. For the assessment of therapies, I developed the Strategic Method of Improving Phonemes Implementation (hereinafter referred to as SMIPi, Polish *Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów*.) of my own authorship. Some threads of my study occasionally refer to previously elaborated methods of treating speech impediments, yet I challenge or discard quite a few of them as methodologically invalid, for instance, exercising the tongue outside the oral cavity, tensioning the tip of the tongue.

The monograph opens with a chapter placing speech therapy – metaphorically – between linguistics and medicine, which pertains to a place of the discipline on the epistemological plane. In the chapter I present analyses relating to particular cognitive background of speech therapy and its place amongst other disciplines. My considerations underscore the originality of speech-therapy approach – considered against the background of other scientific fields – in case of impediments in producing peripherally-determined phonemes.

In Chapter 2 of the monograph I investigate issues of diagnosis and treatment of phoneme production disorders as speech-therapy procedures. The chapter commences enumeration of assumptions embedding the subsequent comments. Assuming a number of notions fundamental for both linguistics and speech therapy imposes some order on thinking and allows the Readers to notice the broader context behind the topic this treatise is concerned with. Consecutive parts of Chapter 2 deal with the significance of diagnosis in its heuristic dimension for designing and carrying out treatment. I assume that what ought to result from the examination process of a given speech impediment's symptom along with its aetiology, is not solely establishing the name of a given nosological unit relating to the diagnosed condition, but also preparing a kind of diagnostic narrative depicting mechanism behind occurrence of speech impediments, however,

within the confines of up-to-date knowledge (thus, I do not discard the event that contemporary speech therapy is oblivious to some causes of speech disorders, which results from the scope of human knowledge coming from various disciplines dealing with speech, e.g. medicine). The mode of operation defined in such a way enables us to reconstruct the development of speech disorder.

In the discussed chapter I also comment upon early and contemporary approaches to treatment of phoneme production disorders. Having paid a necessary homage to the work of past researchers, I undertake analyses that show both advantages and deficits characterising hitherto used methods of treatment, also in the context of the most recent studies of phoneme production disorders.

Chapter 3 is focused on methodology of research, including problems, hypotheses and methods of studies, accepted terms and assumptions, ordering the research process; therein I also discuss the limits of research carried out. The major study problem is assessing the efficiency of speech therapy with the usage of previously mentioned SMIPI method.. Among the most important research methods the following can be counted: analytical-phonetic method of speech evaluation, anatomical-functional method of assessing speech organs (anatomical structure of speech organs, the respiratory, swallowing, and chewing processes), interview, an experimental study consisting in carrying out speech therapy (based on SMIPI, and akin to it – FTM, Polish *fizjologiczna terapia miofunkcjonalna* ‘physiological myofunctional therapy’) encompassing 69 subject, 3 to 40 years of age (they were divided into three age groups), and finally, analysing the research results and establishing statistical correlation.

In turn, Chapter 4 of the monograph gives the account of research results referring to efficiency of utilizing SMIPI method and provides analyses of the studied facets of therapeutic efficiency: the pace of improvements taking place that regard primary functions (e.g. initiating vertical-horizontal tongue position, initiating tongue resting posture, initiating proper swallowing), the rate of uttering/emitting the initial sound, the pace of transformations occurring within the patients’ phonetic system. This part of the monograph also contains some linguistic and speech-therapy analyses pertaining to important, from the vantage point of designing and carrying out therapy, aspects of undertaken actions, such as sequencing of speech-sounds disorders therapy and methods of prompting speech sounds. I also discuss the “domino effect” and self-regulation phenomenon it involves. In my analyses of SMIPI method’s efficiency, I devise the general approach (relating to the results of therapy distinguished for the age group of patients) as well as individual one (relating to therapy efficiency in case of a particular patient). The research results indicate that SMIPI is an efficient treatment method, however, its efficiency varies dependent on age group. In the aspect of normalizing primary abilities, the rate of attaining desired changes is greater in persons 15 to 40 years of age than in children 3 to 6 years of age. The research results show, in turn, that the latter group displays the greatest improvements in terms of phonetic changes.

The chapter that follows is a summarizing one, and it distinguishes the crucial research results from the analyses undertaken along with proposals of future necessary analyses and empirical procedures pertaining to upcoming scientific problems. In this part, I additionally address so-called wizardry and tricks used while eliciting sounds, the issue of so-called therapeutic methods universality, and I also present SMIPI against the backdrop of different ways of speech-therapy interventions. Finally, I account for the possibility to alter or modify the mode of proceeding I propose.

Key words: speech impediments, disorders of phonemes production, speech-therapy diagnosis, speech-therapy theory, efficiency of articulation disorders therapy

Redaktor: Katarzyna Wyrwas
Korekta: Lidia Szumigała, Marzena Marczyk
Łamanie: Alicja Załęcka

Copyright © 2019 by
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-226-3629-9
(wersja drukowana)
ISBN 978-83-226-3630-5
(wersja elektroniczna)

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice
www.wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawus@us.edu.pl

Wydanie I. Art. druk. 20,75. Art. wyd. 25,0. Papier
offset. kl. III, 90 g Cena 30 zł (+VAT)

Druk i oprawa: Volumina.pl Daniel Krzanowski
ul. Księcia Witolda 7–9, 71-063 Szczecin

Z recenzji wydawniczej
dr. hab. Mirosława Michalika, prof. UP:

Przedłożona do oceny monografia to bardzo ważne opracowanie dotyczące językowych sprawności realizacyjnych człowieka, ich diagnozy, a nade wszystko terapii. Mimo iż jest pracą autonomiczną, stanowi zwieńczenie „dyslalicznego tryptyku” Autorki (*Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, 2013; *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, 2017). W sumie na ponad tysiącu stron została wyłożona teoria i praktyka dyslalii w ujęciu i stopniu zaawansowania refleksji naukowej niespotykanym nie tylko w Polsce, ale również na świecie. Jego ściśle lingwistyczny charakter, zakrojone na szeroką skalę badania i obliczenia statystyczne, uzyskane wyniki oraz precyzja argumentacyjna to tylko najważniejsze atuty, które bezpośrednio świadczą o mistrzowskim poziomie, jaki osiągnęła dr hab. Danuta Pluta-Wojciechowska.



Danuta Pluta-Wojciechowska – doktor habilitowany w zakresie językoznawstwa (specjalność logopedyczna), profesor nadzwyczajny Instytutu Języka Polskiego Uniwersytetu Śląskiego. Jej główne zainteresowania naukowe obejmują zaburzenia mowy u dzieci z wadą w obrębie środkowej części twarzoczaszki, z zaburzeniami czynności prymarnych, takich jak np. oddychanie i przyjmowanie pokarmów. Prowadzi badania, wykorzystując m.in. lingwistykę kognitywną. Zajmuje się również patofonetyką oraz teorią i metodyką terapii dyslalii. Była wieloletnim redaktorem naczelnym rocznika

„Forum Logopedyczne”, członkinią Komisji Zaburzeń i Rozwoju Języka Komitetu Językoznawstwa PAN, w trzech kadencjach była aktywnym członkiem ZG PTL. Opublikowała 5 monografii i kilkadziesiąt artykułów, w tym m.in. książki: *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia* (Kraków 2011), *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego* (Bytom 2013), *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia wybranych form zaburzeń* (Bytom 2017). Od ponad 30 lat jest praktykującym logopedą.

Książka prezentuje pierwsze w Polsce badania dotyczące efektywności terapii w przypadku wad wymowy wynikających z zaburzeń anatomicznych i czynnościowych, takich jak ankyloglosja, wada zgryzu, zaburzenia oddychania i połykania. Autorka przedstawia wyniki badań na tle szerokiego kontekstu poznawczego. Prezentuje opracowaną przez siebie oryginalną *strategiczną metodę usprawniania realizacji fonemów* (SMURF) i podstawy *fizjologicznej terapii miodfunkcjonalnej* (FTM). Monografia zawiera relację z wyników badań efektywności terapii za pomocą SMURF i FTM z wykorzystaniem analiz logopedycznych i lingwistycznych, a także testów statystycznych. Przedstawione studia ukazują SMURF jako oryginalną metodę terapii, która ma wyraźne umocowania biologiczne, logopedyczne i lingwistyczne. Jest to także jedyna metoda terapii dyslalii w Polsce, której skuteczność została udowodniona w badaniach naukowych.

ISSN 0208-6336	Więcej o książce
Cena 30 zł (+ VAT)	
ISBN 978-83-226-3629-9	
	
9 788322 636299	